



CONDIȚIILE CONTRACTULUI DE ASIGURARE

ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ

groupama.ro



Groupama

CUPRINS

LISTA DE ACOPERIRI	3
CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ	5
1. Informații introductive	5
2. Încheierea Contractului de asigurare	5
3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare	6
4. Prima de asigurare	8
5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a Contractului de asigurare.....	9
6. Modificarea Contractului de asigurare	9
7. Indemnizația de asigurare	10
8. Excluderi	12
9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului, Contractantului și Asiguratului	14
10. Corespondența oficială	16
11. Cheltuieli, dobânzi și taxe	16
12. Teritorialitate	17
13. Prevederi finale	17
14. Definirea termenilor.....	19
CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - SPITALIZARE ȘI INTERVENȚII CHIRURGICALE	26
1. Informații introductive	26
2. Riscuri asigurate	26
3. Accesarea serviciilor acoperite.....	27
4. Excluderi	28
5. Teritorialitate.....	29
6. Prevederi finale.....	29
7. Definirea termenilor	29

Anexa 1 - Clasificarea intervențiilor chirurgicale	30
--	----

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - SERVICII MEDICALE AMBULATORII..... 35

1. Informații introductive	35
2. Riscuri asigurate.....	35
3. Accesarea serviciilor acoperite.....	36
4. Excluderi.....	38
5. Teritorialitate.....	38
6. Prevederi finale.....	38
7. Definirea termenilor	38

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - NAȘTERE. 40

1. Informații introductive	40
2. Riscuri asigurate.....	40
3. Indemnizația de asigurare	40
4. Excluderi.....	41
5. Teritorialitate.....	42
6. Prevederi finale.....	42
7. Definirea termenilor	42

LISTA DE ACOPERIRI

Pachetul se poate configura prin alegerea uneia dintre opțiunile pentru servicii medicale în ambulatoriu (A, B, C) și una dintre cele trei opțiuni pentru servicii medicale cu internare (Basic, Medium, Premium) sau se poate opta pentru Pachetele cu acoperiri predefinite: Necesari/ Necesari Extra/ Necesari Extra București, Esențial/ Esențial Extra, Basic B Extra, Basic C Extra.

Opțiunile pentru servicii medicale în ambulatoriu B Extra și C Extra se pot alege numai cu opțiunea pentru servicii medicale cu internare Basic.

Pachetele A/ B/ C/ Necesari/ Esențial acoperă servicii ambulatorii exclusiv în Rețea*, reprezentată de locații proprii și centre partenerie Regina Maria pe întreg teritoriul țării conform Listei de clinici și spitale.

Pachetele care conțin "Extra" (Necesari Extra/ Esențial Extra/ B Extra/ C Extra) acoperă suplimentar față de pachetele de mai sus și serviciile ambulatorii în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei în țară, fără București și Ilfov.

Pachetul Necesari Extra București acoperă servicii ambulatorii în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei oriunde în țară, inclusiv în București și Ilfov.

Pachet acoperiri - Ambulatoriu	A	B/ B Extra	C/ C Extra	NECESAR/ NECESAR Extra/ NECESAR Extra București	ESENȚIAL/ ESENȚIAL Extra
Control medical anual preventiv		1/ an		1/ an	1/ an
Consultații medicină primară (medicină generală) sau de specialitate	Nr. accesări nelimitate, fără recomandare medicală			5 accesări/ an, fără recomandare medicală	Nr. accesări nelimitate, fără recomandare medicală Coplată Esențial
	Coplată A	Coplată B	Coplată C		
Analize de laborator	Nr. accesări nelimitate, cu recomandare medicală			1 set/ an, cu recomandare medicală**	Nr. accesări nelimitate, cu recomandare medicală Coplată Esențial
	Coplată A	Coplată B	Coplată C		
Investigații de diagnosticare	Nr. accesări nelimitate, cu recomandare medicală			1 ecografie/ an 1 EKG/ an cu recomandare medicală	
	Coplată A	Coplată B	Coplată C		
Stomatologie	Nivel de acoperire conform clinicilor partenerie			-	Nivel de acoperire conform clinicilor partenerie
HotLine medical (24/7): 021.99402	Accesare nelimitată			Accesare nelimitată	Accesare nelimitată
Ambulanță (accesare prin HotLine medical)	-	Nr. nelimitat accesări		-	Nr. nelimitat accesări
Recuperare medicală David	Coplată 90%			-	-
Protocol de sarcină	Coplată A	Coplată B	Coplată C	-	-

Pachet acoperiri - Servicii medicale cu internare	BASIC	MEDIUM	PREMIUM	NECESAR NECESAR Extra NECESAR Extra București	ESEȚIAL ESEȚIAL Extra
Suma asigurată	20.000 €	50.000 €	NELIMITAT	20.000 €	20.000 €
Intervenții chirurgicale - limită maximă indemnizație/ eveniment	max. 2.000 €	max. 4.000 €	max. 7.000 €	max. 700 €	max. 700 €
- în Rețea	100% din valoarea facturii prin decontare directă			100% din valoarea facturii prin decontare directă	100% din valoarea facturii prin decontare directă
- în afara Rețelei la spital privat	100% din valoarea facturii prin rambursare			100% din valoarea facturii prin rambursare	100% din valoarea facturii prin rambursare
- în spitale publice (fără factură)	10/25/50/75/100% din suma asigurată în funcție de gradul de dificultate al intervenției			10/25/50/75/100% din suma asigurată în funcție de gradul de dificultate al intervenției	10/25/50/75/100% din suma asigurată în funcție de gradul de dificultate al intervenției
Spitalizare***					
- indemnizație zilnică	75 €	200 €	400 €	50 €	50 €
- durată maximă acoperită/ eveniment	5 zile	15 zile	30 zile	5 zile	5 zile
- tip plată în Rețea	decontare directă			decontare directă	decontare directă
- tip plată în afara Rețelei	rambursare			rambursare	rambursare
- tip plată în spitale publice (fără factură)	indemnizație			indemnizație	indemnizație
Nașterea					
- în Rețea					
pe cale naturală	-	max. 1.100 €	max. 1.500 €		
prin cezariană	-	max. 1.500 €	max. 1.900 €		
- în afara Rețelei la spital privat				-	-
pe cale naturală		max. 1.100 €	max. 1.500 €		
prin cezariană		max. 1.500 €	max. 1.900 €		
- în afara Rețelei la spital de stat					
pe cale naturală	-	500 €	600 €		
prin cezariană					

*Rețea = locații proprii și centre partenerie Regina Maria pe întreg teritoriul țării conform listei clinicilor partenerie și a clinicilor și spitalelor proprii Regina Maria de pe site-ul: <https://www.reginamaria.ro/clinici>.

**Recomandare medicală = recomandare din partea unui medic din Rețea.

***Sunt acoperite maxim 5 spitalizări/an

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE - ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ

1. Informații introductive

- 1.1. În baza prezentului Contract de asigurare, Asigurătorul se obligă ca, la producerea unui eveniment asigurat în perioada de valabilitate a asigurării, ca urmare a unei necesități medicale, să plătească Asiguratului sau Rețelei private de sănătate indemnizația de asigurare, conform Pachetului de asigurare contractat, în limitele Condițiilor de asigurare.
- 1.2. Serviciile medicale (riscurile asigurate) acoperite prin Pachetul de asigurare contractat sunt menționate în "Lista de acoperiri" și sunt definite la capitolul "Riscuri asigurate" din Condițiile de asigurare.
- 1.3. O persoană poate fi asigurată numai pentru un singur Pachet de asigurare, pe durata asigurării.
- 1.4. Schimbarea tipului de Pachet de asigurare nu este posibilă pe durata Contractului de asigurare.
- 1.5. Asiguratul va accesa serviciile medicale acoperite prin Pachetul său de asigurare, în baza actului său de identitate.

2. Încheierea Contractului de asigurare

- 2.1. **Solicitarea de încheiere a unui Contract de asigurare se face în scris prin completarea cu date conforme cu realitatea și semnarea Ofertei-Cerere de asigurare de către Contractant.**
- 2.2. **Polița de asigurare, precum și prezentele Condiții generale de asigurare și Condițiile specifice** aferente asigurărilor suplimentare aferente Pachetului achiziționat, **vor fi înmânate direct Contractantului**, prin intermediul reprezentatului de vânzări sau vor fi transmise la adresa comunicată de Contractant.
- 2.3. **Contractul de asigurare colectivă se încheie pe perioada de un an de zile, menționată în Polița de asigurare.**
- 2.4. Premergător încheierii Poliței de asigurare, Asigurătorul verifică prin procesul de evaluare a riscului dacă și, după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin asigurare potențialului grup de asigurați. Vor fi luate în considerare, printre altele, mărimea și structura grupului de persoane, vârsta și ocupația acestora. În anumite cazuri Asigurătorul poate solicita informații despre starea sănătății Asiguratului/Dependentului, sporturile și hobby-urile practicate și/sau documente medicale de la medici și/sau unități medicale. În acest caz, asigurarea se poate încheia pentru Angajații/ membrii activi ai Contractantului, care constituie un grup de minim 2 persoane, format pe alte criterii decât în scopul asigurării. Asigurarea se încheie nominal, cu datele de identificare ale persoanelor care vor fi asigurate, pentru toți membrii grupului. Pentru grupurile sub 10 de persoane, asigurarea se încheie în baza Cererii-chestionar de asigurare scrise, cu declarația detaliată a tuturor factorilor relevanți pentru evaluarea riscurilor.
- 2.5. Asigurarea se încheie în baza Cererii chestionar de asigurare scrise, cu Declarația detaliată a tuturor factorilor relevanți pentru evaluarea riscurilor.
- 2.6. La încheierea/ reînnoirea Contractului, pentru fiecare persoană nou intrată în asigurare, Asigurătorul are dreptul de evaluare a riscului medical, de rezidență, ocupațional, practicarea de sporturi, hobby-uri etc. Asiguratul și/ sau Contractantul vor/ va prezenta Asigurătorului, la cererea acestuia din urmă și/ sau din proprie inițiativă, pe propria răspundere, toate informațiile suplimentare necesare unei evaluări/ reevaluări corecte a riscului preluat de Asigurător, însoțite de înscrisuri probatoare, după caz. În scopul evaluării corecte a riscului medical, Asigurătorul poate solicita orice document medical, fără ca exemplificarea următoare să fie exhaustivă: rapoarte medicale de la medicul de familie și/ sau specialist, rezultate analize și investigații medicale de laborator, paraclinice și/sau imagistice, inclusiv interpretarea medicului specialist, bilete de externare, scrisori medicale, bilete de trimitere, buletine histopatologice, chestionare medicale proprii Asigurătorului, puse la dispoziția Asiguratului, pentru a fi completate personal sau de către medicul de familie sau specialistul curant, precum și copii ale fișei de la medicul de familie sau diverse adeverințe eliberate de către acesta în legătură cu diverse afecțiuni, copii certificate de încadrare în grad de handicap sau decizii asupra capacității de muncă, eliberate de către comisia de expertiză medicală de pe lângă Casele Județene de Pensii, etc.
- 2.7. Asigurătorul este îndreptățit ca, în funcție de starea de sănătate a Asiguratului, să stabilească cuantumul primei pentru fiecare Asigurat în parte, precum și eventuale excluderi din asigurare, potrivit propriilor sale criterii. Asigurătorul își rezervă dreptul de a accepta un risc ce depășește riscul de asigurare standard, prin perceperea unei prime de asigurare suplimentare sau de a refuza preluarea în asigurare. Dacă în urma evaluării riscului se constată că Asiguratul nu se încadrează în condiții de risc standard, Asigurătorul va comunica decizia sa

Contractantului, care are dreptul:

- să refuze încheierea/ reînnoirea Poliței de asigurare sau intrarea în asigurare a unei noi persoane și să solicite restituirea primei de asigurare achitate, diminuată cu eventualele cheltuieli medicale (dacă au fost efectuate pe cheltuiala Asiguratorului), caz în care acoperirea prin asigurare nu va începe;
- să accepte încheierea asigurării, cu plata diferenței de primă de asigurare/ acceptarea eventualelor excluderi, dacă acestea au fost stabilite de Asigurator, în maxim 10 zile de la data comunicării deciziei. În cazul în care Asiguratorul refuză acoperirea prin asigurare sau Contractantul refuză prima mărită, prima de asigurare plătită la semnarea Cererii de asigurare va fi restituită, conform prevederilor de mai sus.

- 2.8. Dacă intervin modificări față de cele declarate în Cererea-Chestionar de asigurare, care ar putea influența riscul de asigurare, după data semnării ei și până la data intrării în vigoare a Poliței de asigurare, Contractantul asigurării este obligat să comunice Asiguratorului această schimbare, în scris, în maxim 24 de ore de la apariție. În caz contrar, Asiguratorul și Contractantul/ Asiguratul convin să considere prezentul Contract de asigurare nul absolut, cu restituirea primelor de asigurare achitate, diminuate cu eventualele cheltuieli medicale (dacă au fost efectuate pe cheltuiala Asiguratorului).
- 2.9. Pentru fiecare Asigurat/Dependent, durata asigurării este cuprinsă între data la care acesta este inclus de către Contractant/Asigurator în grupul asigurat și data ieșirii sale din asigurare, conform capitolului 3 din prezentele Condiții Generale de asigurare.
- 2.10. La data încetării Contractului de asigurare, acesta **poate fi reînnoit cu acordul ambelor părți**.
- 2.11. La solicitarea de reînnoire a Contractului transmisă de către Contractant cu cel puțin 30 de zile înainte de data expirării menționată în Poliță, Asiguratorul efectuează o nouă evaluare a riscului. Asiguratorul își rezervă dreptul de a reînnoi Contractul de asigurare în condiții identice sau diferite, ori dreptul de a refuza reînnoirea asigurării, în funcție de nivelul de risc rezultat în urma evaluării, respectiv de factorii care influențează calculul primei de asigurare (variația costului serviciilor medicale practicate în piață, modificarea numărului de asigurați ai grupului, daunalitate).
- 2.12. În cazul reînnoirii Contractului de asigurare se va considera data de aplicabilitate a Condițiilor preexistente data de început a valabilității primei polițe de asigurare de sănătate, indiferent de numărul polițelor reînnoite și de tipul pachetului de asigurare deținut pe fiecare dintre acestea.
- 2.13. **Noul tarif de primă agreeat de comun acord** de către Contractant și Asigurator, **ca și orice alte modificări contractuale stabilite pentru următorul an de asigurare/următoarea perioadă asigurată, vor fi menționate într-o nouă Poliță** de asigurare și anexele acesteia.
- 2.14. În cazul Polițelor colective cu peste 100 de asigurați, reînnoirea Contractului de asigurare se realizează fără o evaluare medicală a riscului.

3. Începerea și încetarea Contractului de asigurare

- 3.1. Contractul de asigurare începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata ratei întâi a primei de asigurare, dar nu mai devreme de data specificată în Polița de asigurare.
- 3.2. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița/ Certificatul de asigurare. În cazul întreruperii continuității Contractului, reluarea acestuia se poate face numai cu acordul părților.
- 3.3. Asigurarea se încheie de către o persoană juridică înregistrată în România (societăți comerciale sau organizații sindicale, organizații profesionale etc.), în calitate de Contractant, în beneficiul angajaților/ membrilor grupului, aceștia având calitatea de Asigurați. În acest caz, asigurarea se poate încheia pentru angajații/ membrii activi ai Contractantului, care constituie un grup format pe alte criterii decât în scopul asigurării.
- 3.4. Asigurarea se încheie nominal, pentru toți membrii grupului, incluși în Tabelul nominal anexat Poliței de asigurare.

Criteria de eligibilitate

- 3.5. Asigurarea se încheie pentru persoanele care și-au exprimat acordul să intre în asigurare prin intermediul Contractantului și care îndeplinesc simultan criteriile de eligibilitate enumerate la categoriile de mai jos:
- Asiguratul angajat/ membru activ**, conform definiției din prezentele Condiții generale de asigurare, începând cu **vârsta de 16 ani, vârsta maximă** de contractare a asigurării fiind de **64 de ani împliniți**;
 - Dependent soț/ soție, partener/ parteneră de viață** (unul/ una pe durata Contractului de asigurare, partener cu aceeași domiciliu), începând cu **vârsta de 16 ani, vârsta maximă** de contractare a asigurării fiind de **64 de ani împliniți**;
 - Dependent fiul și/sau fiica Asiguratului**, copii biologici, vitregi sau legal adoptați, începând cu **vârsta de o lună** (30 de zile) și **maxim 23 de ani împliniți**. Asigurarea fiului/ fiicei încetează la data expirării, specificată în Polița de asigurare, după împlinirea vârstei de 24 de ani.
- 3.6. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița, după împlinirea vârstei de 65 de ani a Asiguratului/

Dependentului soț/soție, partener/partenera de viață și după împlinirea vârstei de 24 de ani pentru Dependentul fiul și/sau fiica Asiguratului.

Tabele nominale

- 3.7. Contractantul transmite Asigurătorului **Tabelul nominal, cu numele și toate informațiile necesare, specificate în anexa** respectivă, ale persoanelor eligibile (angajați activi, dependenți) pentru care asigurarea va intra în vigoare începând cu data menționată în Poliță și care alcătuiesc grupul asigurat.
- 3.8. **În cazul fluctuației în componența grupului** de asigurați, pe durata Contractului de asigurare (de ex. angajați noi, angajați cărora le încetează contractul de munca etc.), **Contractantul va transmite Asigurătorului tabele nominale suplimentare**, astfel:
- În tabele nominale lunare se vor raporta atât persoanele eligibile care intra în asigurare, cât și Asigurații și Dependenții care ies din asigurare, pentru luna următoare;
 - În cazul în care tabelele suplimentare cu intrări sau ieșiri de persoane din asigurare sunt transmise Asigurătorului, asigurarea persoanelor din aceste liste va intra în vigoare, respectiv va înceta, la următoarea scadență lunară, după ce a fost finalizată evaluarea medicală (dacă este cazul).

Perioada de intrare în asigurare a Dependenților

- 3.9. În cazul asigurării voluntare a Dependenților, ale angajaților Contractantului, intrarea în asigurare se poate face numai în interval de 30 de zile de la data intrării în asigurare a angajatului respectiv, iar ulterior acestei perioade se acceptă numai următoarele excepții:
- copiii recent născuți pot intra în asigurare de la 30 de zile de la naștere, când au împlinit vârsta minimă eligibilă;
 - în cazul recente încheieri a unei căsătorii, soțul/ soție poate intra în asigurare în interval de 30 zile de la data căsătoriei.
- 3.10. **Asiguratul are dreptul de a primi gratuit un Certificat de asigurare individual**, care să cuprindă Pachetul de asigurare contractat și perioada asigurării. În termen de 30 de zile de la primirea solicitării de emitere a Certificatului de asigurare formulată în scris, pe e-mail, de către Asigurat, Asigurătorul va transmite acestuia Certificatul de asigurare, pe adresa personală de e-mail, menționată de Asigurat în solicitarea sa scrisă.

Încetarea contractului de asigurare

- 3.11. **Pentru întreg grupul asigurat, contractul încetează** în unul dintre următoarele cazuri:
- la **expirarea duratei de valabilitate** menționate în Poliță, dacă părțile contractante (Asigurătorul și Contractantul) nu convin altfel;
 - prin acordul de voință** al Asigurătorului și Contractantului;
 - prin denunțarea unilaterală** de către una dintre Părțile Contractante, notificată celeilalte părți cu cel puțin 90 de zile înainte de data încetării;
 - prin reziliere** de către oricare dintre părțile contractante, în cazul în care cealaltă parte nu își execută sau își execută în mod necorespunzător obligațiile asumate prin prezentul Contract. Rezilierea operează de drept, fără intervenția instanțelor de judecată și fără nicio altă formalitate prealabilă.
- 3.12. **Pentru fiecare Asigurat/ Dependent, contractul încetează** în unul dintre următoarele cazuri:
- la **data expirării perioadei de valabilitate** stabilită în Polița de asigurare;
 - la **data decesului Asiguratului/ Dependentului**, produs în perioada asigurată;
 - la **data rezilierii Contractului** de asigurare colectivă de către Contractant/ Asigurator, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
 - la **data plății întregii sume asigurate** și/sau a consumării serviciilor medicale acoperite conform Pachetului de asigurare contractat, după efectuarea plății integrale a primelor de asigurare datorate;
 - la **data expirării anului de asigurare**, după împlinirea vârstei maxime eligibile pentru Asigurat/ Dependent, menționată la Criterii de eligibilitate din prezentele Condiții generale de asigurare;
 - la **data părăsirii Grupului** asigurat de către Asiguratul al cărui dependent este (de ex. la data încetării calității de angajat/ membru activ al grupului Contractantului, la data decesului Asiguratului);
 - la **data denunțării** individuale a asigurării, notificate în scris de către Asigurat sau Asigurator, cu un preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de către partea destinatară. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că partea destinatară și-a schimbat adresa, fără să comunice acest lucru celeilalte părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/ reședință/ sediu și/ sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, Asiguratorul

poate denunța asigurarea în mod individual exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, Dependentul/ Contractantul urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil.

- 3.13. Prin neîndeplinirea criteriilor de eligibilitate privind persoanele care nu se încadrează în prevederile de la secțiunea Criterii de eligibilitate din prezentele Condiții, Asigurarea este reziliată de drept de la data la care Asigurătorul ia cunoștință de încălcarea prevederilor articolului. În acest caz, Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare respectivei persoane.
- 3.14. În cazul în care Asiguratul/ Dependentul a beneficiat de servicii medicale în Rețeaua Asigurătorului pentru riscuri ce nu sunt acoperite de Contractul de asigurare, acesta va fi răspunzător pentru achitarea contravalorii serviciilor nedecontate de Asigurător către furnizorul de servicii medicale în cel mai scurt timp. Această obligație este asumată conform prezentului Contract. În cazul neonorării/ neasumării acestei obligații, dacă, în termen de maxim 15 zile de la primirea notificării Asigurătorului, Asiguratul/ Dependentul nu a achitat contravaloarea serviciilor medicale neacoperite prin prezentul Contract de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a sista acoperirea riscului și de a elimina Asiguratul/ Dependentul din grupul asigurat, până la stingerea creanței acestuia către furnizorul din Rețea.
- 3.15. Contractul de asigurare poate înceta pentru orice alt motiv prevăzut de legislația în vigoare.

4. Prima de asigurare

- 4.1. **Prima de asigurare anuală este stabilită individual** de Asigurător, atât **pentru Asigurat**, cât și **pentru Dependent** (dacă este cazul) din Contractul de asigurare, pe baza calculului actuarial, în funcție de: mărimea și structura grupului comunicată de Contractant la momentul ofertării, **tipul Pachetului/Pachetelor** de asigurare, **suma asigurată și evaluarea riscului ocupațional** și pentru grupurile sub 10 persoane **evaluarea riscului medical**.
- 4.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a prelua în asigurare și riscuri crescute față de nivelul de risc standard stabilit, în condiții și cu prime speciale de asigurare.
- 4.3. Prima de asigurare totală este calculată ca sumă a primelor aferente tuturor persoanelor cuprinse în Contractul de asigurare.
- 4.4. În cazul angajaților/ membrilor noi, aceștia pot fi cuprinși în asigurare după o perioadă de 30 de zile de activitate neîntreruptă de la angajare, dar nu înainte de comunicarea numelor acestora către Asigurător.
- 4.5. **Prima de asigurare** anuală aferentă tuturor Asiguraților (grup asigurat format din angajați și dependenți, după caz), la data încheierii Contractului **este menționată în Polița de asigurare**.
- 4.6. Prima de asigurare este anuală și este datorată de către Contractant integral și anticipat Asigurătorului. Părțile pot conveni ca plata primei de asigurare anuale să se efectueze fracționat, prin plăți eşalonate (semestrial, trimestrial sau lunar). Frecvența plății ratelor agreeată de comun acord este menționată în Polița de Asigurare. Asigurătorul va transmite Contractantului persoană juridică un decont de primă pentru fiecare scadență de plată, însoțit de un centralizator al tuturor Asiguraților/ Dependenților acoperite prin asigurare.
- 4.7. Prima de asigurare integrală sau întâia rată de primă de asigurare se achită anterior datei de început a asigurării menționată în Poliță, odată cu completarea Ofertei-Cerere de asigurare. Acoperirea prin asigurare intră în vigoare după plata primei de asigurare, dar nu mai devreme de data menționată în Polița de asigurare.
- 4.8. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor/ ratelor de primă de asigurare la termenele (datele scadente) convenite în Polița de asigurare, respectiv în cuantumul stabilit în Polița de asigurare.
- 4.9. În condițiile în care Contractantul nu plătește prima/ratele de primă de asigurare la datele scadente convenite în Polița de asigurare, pe parcursul perioadei de plată a unei scadențe, Asiguratul/ Dependentul nu mai poate beneficia de serviciile medicale stabilite prin Contractul de asigurare.
- 4.10. În cazul în care Contractantul plătește doar o parte din primă/ rata de primă de asigurare, Polița de asigurare se consideră neplătită.
- 4.11. **Plata primei de asigurare în cazul fluctuației numărului de Asigurați:**
 - a. în cazul în care numărul de membri asigurați se modifică în cursul anului contractual, prin intrarea sau ieșirea din asigurare a unor Asigurați, prima de asigurare pentru grupul respectiv se va ajusta la următoarea scadență de plată conform frecvenței alese, corespunzător numărului de Asigurați care intră/ ies din grup;
 - b. pentru un Asigurat/ angajat nou care intră în asigurare, se plătește prima de asigurare proporțională cu numărul de luni acoperite de asigurare;
 - c. pe parcursul ultimei luni înainte de expirarea Contractului nu se acceptă în asigurare noi Asigurați/ Dependenți;
 - d. în cazul plății integrale/ ratelor trimestriale/semestriale, pentru fluctuația lunară a grupului (intrări și/sau ieșiri de Asigurați/ Dependenți) se vor face regularizări ale primei de asigurare, prin deconturi de regularizare pentru luna/lunile corespunzătoare până la următoarea scadență; aceste deconturi vor

evidenția prima cuvenită Asigurătorului pentru persoanele acoperite prin asigurare, calculate pro rata lunar.

- 4.12. Fiecare lună de asigurare începută se consideră lună întreagă.
 4.13. **Contractantul are posibilitatea să plătească** primele de asigurare datorate Asigurătorului **în termen de 30 de zile calendaristice de la data scadenței**, reprezentând **perioada de plată** a unei scadențe.

5. Întârzierea plății primei și repunerea în vigoare a Contractului de asigurare

- 5.1. În decurs de **30 de zile calendaristice** de la fiecare scadență **se acordă o perioadă de grație**, perioadă în care **riscurile asigurate sunt acoperite**. Astfel, în cazul producerii unor evenimente asigurate în această perioadă de grație, Asigurătorul va acoperi aceste daune chiar dacă Polița de asigurare nu este plătită. Perioada de grație nu se acordă pentru cea dintâi rată de primă, ci doar pentru ratele ulterioare.
- 5.2. **La ieșirea din perioada de grație, acoperirea riscurilor încetează** și Asigurătorul nu va mai acorda indemnizația de asigurare pentru riscul produs după această perioadă, dacă prima restantă nu este achitată. În această situație, Polița rămâne în evidența Asigurătorului cu posibilitatea de repunere în vigoare până la împlinirea termenului de 90 de zile, calculat de la data scadenței neachitate.
- 5.3. **Pentru reluarea acoperirii riscurilor** conform Contractului de asigurare, **Contractantul are obligația de a plăti în intervalul 31-90 de zile** de la prima scadență neplătită toate primele datorate și neachitate.
- 5.4. În caz contrar, începând cu a 91-a zi de la prima scadență neplătită, Contractul de asigurare nu mai poate fi repus în vigoare, în acest caz putându-se proceda exclusiv la încheierea unui nou Contract de asigurare. În acest caz, Polița de asigurare se reziliază de plin drept, fără notificare sau altă formalitate prealabilă și fără intervenția instanței de judecată. Asigurătorul nu are nicio răspundere cu privire la riscurile asigurate produse începând cu data scadenței inițiale la care era datorată rata de primă de asigurare neplătită.
- 5.5. Asigurătorul își rezervă dreptul să refuze repunerea în vigoare a Poliței.
- 5.6. **Prima de asigurare se plătește prin virament în contul bancar al Asigurătorului**, menționat în Polița de asigurare/ Decont, iar data plății este considerată cea specificată pe documentul doveditor al plății ca fiind data dispoziției de plată. Documentul doveditor al plății trebuie să conțină obligatoriu numărul Poliței de asigurare, cuantumul primei de asigurare datorate, numele Contractantului și numărul ratei de primă.
- 5.7. Plata primei de asigurare/ ratei de prima pentru Contractele cu sumă asigurată și/sau prima de asigurare în valută se face în lei, la cursul BNR din ziua plății.
- 5.8. La solicitarea Asigurătorului, Contractantul trebuie să transmită acestuia dovada plății primei/ ratei de asigurare.
- 5.9. În cazul încetării Contractului de asigurare din orice motiv, mai puțin din culpa Asigurătorului, Contractantul datorează plata integrală a primei de asigurare anuale pentru Asigurați/ Dependenți care au avut despăgubiri, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
 - plata primei de asigurare se face fracționat, iar prima anuală nu este încasată integral și
 - Asigurătorul are sau va avea obligații de plată pentru evenimente asigurate produse pe perioada de valabilitate a asigurării.
 În acest caz, Contractantul va efectua plata primei de asigurare datorate în maximum 15 zile de la primirea notificării comunicată de Asigurător.
- 5.10. În cazul denunțării Contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către Contractant vor fi restituite pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, calculate pro rata la lună întreagă, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării.

6. Modificarea Contractului de asigurare

- 6.1. Modificarea Contractului de asigurare **este posibilă după depunerea în scris a cererii de modificare de către Contractant/ Asigurat și numai dacă aceasta va fi acceptată de către Asigurător**. Modificarea se poate face în orice moment, dacă această operațiune presupune: schimbarea Beneficiarului, schimbarea Contractantului, schimbarea în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești a numelui Asiguratului sau a Contractantului/ Beneficiarului, schimbarea adresei de corespondență a asiguratului sau a Contractantului. Pentru efectuarea acestor modificări, Contractantul trebuie să trimită la sediul Asigurătorului Cererea de modificare a Contractului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data la care se dorește intrarea în vigoare a modificării respective. Cererea de modificare trebuie să fie însoțită de documente justificative.

Modificarea tipului de Pachet de asigurare contractat

- 6.2. **Modificarea tipului de pachet de asigurare se poate face numai la aniversarea anuală/ la reînnoirea**

- Contractului.
- 6.3. Asigurătorul are dreptul de a refuza cererea de modificare a Pachetului de asigurare, caz în care va notifica în scris Contractantul/ Asiguratul.
- 6.4. **Modificarea frecvenței de plată** se poate solicita **numai la aniversarea anuală/ la reînnoirea Contractului**, cu cerere scrisă trimisă cu minim 30 de zile înainte de data aniversării/ reînnoirii.
- 6.5. Contractantul are obligația de a informa Asigurații în legătură cu modificările Contractului de asigurare.

7. Indemnizația de asigurare

- 7.1. Suma asigurată totală per an de asigurare și pentru fiecare Asigurat/ Dependent este menționată în Polița de asigurare. Valoarea sumei asigurate este aceeași pentru Asigurat și pentru fiecare Dependent cuprinsă în Contractul de asigurare, dacă părțile nu au convenit altfel.
- 7.2. **Limitele de acoperire specifice** pentru fiecare risc/ eveniment asigurat corespunzătoare tipului de Pachet de asigurare contractat **sunt detaliate în „Lista de acoperiri”**, anexată Condițiilor de asigurare.
- 7.3. **Pentru orice serviciu medical inclus în Pachetul de asigurare și specificat în Polița de asigurare, de care a beneficiat Asiguratul/ Dependentul în cadrul Rețelei private de sănătate, Asigurătorul va plăti direct către Rețeaua privată de sănătate contravaloarea serviciilor medicale furnizate Asiguratului, conform Condițiilor de asigurare în limita Pachetului de asigurare și a Condițiilor stipulate în Contractul existent între Asigurător și Rețeaua privată de sănătate.**
- 7.4. Dacă pentru un serviciu medical inclus în Pachetul de asigurare s-a stabilit o coplată, **Asiguratul va plăti Furnizorului de servicii valoarea aferentă coplății.**
- 7.5. Trimiterea unui Asigurat de către medicul Asigurătorului la un medic specialist nu va mări responsabilitatea Asigurătorului și nu va reprezenta extinderea acoperirilor specificate în Contractul de asigurare.
- 7.6. Pentru orice serviciu medical inclus în Pachetul de asigurare și specificat în Polița de asigurare, de care a beneficiat Asiguratul/ Dependentul, în afara Rețelei private de sănătate, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare direct Asiguratului/ Dependentului/ Beneficiarului, conform Condițiilor de asigurare.
- 7.7. Asigurătorul și Rețeaua privată de sănătate nu răspund de întârzierile în executarea serviciilor convenite, în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.
- 7.8. În cazul în care evenimentul Asigurat, respectiv accesarea serviciului medical a avut loc în afara Rețelei private de sănătate, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare numai după ce Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul:
- va aviza în scris evenimentul, pe formularele proprii ale Asigurătorului, la adresa documente@groupama.ro sau online pe site-ul www.groupama.ro la care va atașa documentația relevantă pentru solicitarea de indemnizație
 - va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare (cu copia actului de identitate - buletin/ carte de identitate pentru cetățenii români sau copia pașaportului/ cărții de rezidență pentru cetățenii străini);
 - va comunica Asigurătorului toată documentația solicitată de acesta.
- 7.9. **Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la acordarea indemnizației de asigurare, Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul este obligat să prezinte următoarele documente**, conform solicitării Asigurătorului:
- Formular pentru anunțarea evenimentului asigurat – tipizat în copie;
 - Copie carte identitate Asigurat/ Dependent, solicitant, beneficiar plată; Pașaport pentru persoanele rezidente;
 - Bilet de externare care să conțină numele persoanei tratate, perioada de spitalizare, diagnosticul stabilit, detalii asupra tratamentului medical administrat și/sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora, evoluția afecțiunii. Biletul de externare trebuie să fie ștampilat, datat, semnat, emis pe numele Asiguratului/ Dependentului. Dacă evenimentul asigurat a avut loc în Rețeaua privată de sănătate, copia biletului de externare va fi transmisă Asigurătorului direct de către furnizorul din Rețea;
 - Documente medicale din care să rezulte data primei diagnosticări și evoluția/stadiul afecțiunilor medicale: istoric medical de la medicul de familie (copie după fișa de consultații medicale, cu paginile numerotate și cu mențiunea Conform cu originalul, pentru conformitate), acordul pentru transferul informațiilor medicale din Rețea, adeverință medicală, bilete de ieșire din spital, foaie de observație, rapoarte medicale, scrisori medicale, rezultatul investigațiilor, orice alte documente medicale de la orice clinici/ cabinete medicale care includ informații despre debutul și evoluția afecțiunii pentru care se solicită despăgubirea serviciului medical accesat (în situația în care este necesară verificarea istoricului medical, a excluderilor contractuale);
 - Faktură cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat, în afara rețelei;

- f. Bon fiscal/ document de plată din care să rezulte achitarea serviciului medical. Factura, bonul fiscal, documentele de plată prezentate, din care să reiasă cheltuielile efectuate, trebuie să cuprindă obligatoriu:
- numele persoanei tratate;
 - diagnosticul stabilit;
 - detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
 - costul detaliat al fiecărei proceduri/ serviciu medical/ tratament/ intervenție chirurgicală;
 - durata internării;
- g. În cazul unui accident: declarația detaliată a Persoanei asigurate privind cauzele și circumstanțele producerii evenimentului asigurat, procesul verbal încheiat de autoritățile competente, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, declarații cu martori și/sau orice alte acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului – copii;
- h. În funcție de informațiile transmise, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare, absolut necesare evaluării evenimentului care să ateste producerea acestuia, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale, de exemplu: copia foii/ foilor de observație, referat medical întocmit de către medicul curant, referat medical întocmit de medicul de familie, alte documente emise de către autoritățile legale în funcție de natura evenimentului asigurat. În cazul în care documentele sunt comunicate Asigurătorului în copie certificată, acesta poate solicita înfățișarea înscrisului original sau a unei copii legalizate de pe acesta atunci când consideră necesar pentru determinarea legalității plății indemnizației din asigurare sau a cuantumului acesteia.
- 7.10. Pentru obținerea indemnizației de asigurare, **Asiguratul/ Contractantul are obligația să anunțe producerea riscului asigurat** și să trimită către Asigurător, **în termen de maxim 3 luni de la data evenimentului**, documentele solicitate referitoare la producerea riscului asigurat necesare la evaluarea acordării indemnizației de asigurare. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea prejudiciului suferit ca urmare a producerii riscului.
- 7.11. În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, pentru serviciile accesate în afara Rețelei, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați, iar în cazul în care nu au fost desemnați, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale. Astfel, pe lângă documentele necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat, se mai solicită copia certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului și certificatul de moștenitor sau certificatul de calitate de moștenitor, care să ateste numărul, calitatea și întinderea drepturilor tuturor moștenitorilor legali, oricare dintre acestea poate fi eliberat primul de către notarul public, cu mențiunea Conform cu originalul, pentru conformitate.
- 7.12. Asigurătorul va determina cuantumul indemnizației de asigurare care urmează a fi plătită, în funcție de documentele constitutive ale dosarului de despăgubire și în conformitate cu prevederile Condițiilor de asigurare generale și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea evenimentului asigurat.
- 7.13. Prin încheierea prezentei asigurări, Asiguratul/ Dependentul îl mandatează pe Asigurător să acționeze în numele său și pentru sine la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat, atât pe durata vieții Asiguratului cât și după decesul acestuia. Asigurătorul are dreptul de a investiga prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat, starea de sănătate a Asiguratului/ Dependentului și toate procedurile care au fost îndeplinite în vederea spitalizării/ intervenției chirurgicale/ nașterii, în funcție de pachetul de asigurare contractat.
- 7.14. **Plata indemnizației de asigurare se va face după cel mult 15 zile lucrătoare de la data depunerii ultimului document necesar** stabilirii de către Asigurător, cu exactitate, a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.
- 7.15. La contractele cu monedă în valută, plata prin decontare directă către furnizorul de servicii medicale din Rețea se va face în lei, la cursul BNR de la data facturării, în timp ce plata indemnizației de asigurare către Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul specificat în Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat se va face în lei, la cursul BNR de la data plății, în contul bancar comunicat Asigurătorului, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
- 7.16. Dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare și/sau preluarea în asigurare a persoanei respective sau dosarul de despăgubire are la bază Documente și Declarații false, Asigurătorul are dreptul să rezilieze asigurarea acestei persoane și să refuze plata indemnizației de asigurare.
- 7.17. Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizațiilor de asigurare nu constituie o recunoaștere în sarcina Asigurătorului a obligației de plată a indemnizației de asigurare.
- 7.18. **Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată**, costul traducerii fiind suportat de Asigurat/ Beneficiar.

- 7.19. Asigurătorul nu are obligația de a elibera copii ale documentelor emise de alte instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.), cu excepția celor solicitate de organele abilitate de lege.
- 7.20. În cazul în care documentația transmisă către Asigurător este incompletă, Asigurătorul va transmite o informare scrisă Asiguratului/ Dependentului/ Beneficiarului prin care va solicita documente suplimentare. Dacă la primirea documentelor nu s-au putut determina cu exactitate cauzele și circumstanțele producerii riscului asigurat, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația din asigurare.
- 7.21. Asigurătorul poate suspenda instrumentarea dosarului de despăgubire daună în vederea efectuării de cercetări cu privire la dreptul Asiguratului/ Beneficiarului de a obține despăgubiri. Suspendarea instrumentării dosarului de despăgubire daună se va face doar în cazul în care există motive temeinice pentru efectuarea acestor cercetări suplimentare. Asiguratul va fi înștiințat în scris de suspendare, precum și de motivele care stau la baza suspendării, în cel mai scurt timp de la luarea deciziei de suspendare. De asemenea, Asiguratului i se va comunica și durata suspendării, precum și data de la care curge termenul de suspendare, data întotdeauna anterioară datei înștiințării. Durata suspendării nu va depăși, în acest caz, 60 de zile. În cazuri excepționale justificate, se poate prelungi termenul de suspendare cu cel mult 30 de zile, cu înștiințarea prealabilă a Asiguratului, căruia i se vor comunica și motivele care au condus la necesitatea prelungirii termenului.

8. Excluderi

- 8.1. **Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare Asiguratului/ Dependentului, dacă riscul asigurat s-a produs:**
- a. **direct sau indirect, total sau parțial**, ca urmare a:
 - oricărei condiții preexistente datei de intrare în vigoare a asigurării, dacă nu a fost declarată de către Asigurat și acceptată de Asigurător și/sau dacă grupul asigurat are mai puțin de 100 de persoane asigurate;
 - stării de război declarat sau nu, operațiunilor de război, invazie, război civil, revoluție, rebeliune, grevă;
 - insurecție, conspirație, actelor de terorism sau sabotaj, evenimentelor violente cum ar fi lovituri de stat, legea marțială, starea de urgență, carantină, utilizarea de energie nucleară pe timp de pace sau de război, circumstanțelor excepționale;
 - unor explozii atomice, radiații provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive, contaminarea radioactivă urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
 - unei catastrofe ecologice;
 - comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudențe și/sau neglijențe grave;
 - sinuciderii, tentativei de sinucidere sau de auto-rănire a Asiguratului și urmările acestora, indiferent de starea de rațiune/ psihică a Asiguratului;
 - b. ca urmare a acțiunii directe a Asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste 0,4 la mie în aerul expirat;
 - c. ca urmare a consumului excesiv de medicamente, droguri, inhalării intenționate a unor substanțe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanțe folosite în terapeutică;
 - d. ca urmare a provocării cu intenție de către Asigurat prin intermediul altei persoane;
 - e. ca urmare a tratamentelor care nu sunt prevăzute în prezenta asigurare, cum ar fi proceduri, tratamente sau operații estetice, cu excepția celor necesare din cauza unei vătămări corporale acoperite de acest contract;
 - f. accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul conceperii unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fătului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivația solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/sau tratament); nașterea care nu a avut loc în spital, cu excepția situațiilor neimputabile Asiguratului, în care a beneficiat de asistența cadrelor medicale autorizate (dispensare, unități ambulatoriu, ambulanța);
 - g. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară, cum ar fi: deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoză congenitală, nevi congenitali. Enumerarea nu este limitativă și nici exhaustivă;
 - h. ca urmare a epidemiei naționale sau pandemiei, confirmate de autoritățile competente;
 - i. boli cu transmitere sexuală;
 - j. ca urmare a SIDA, complexul asociat SIDA, sau dacă Asiguratul este depistat HIV pozitiv, HIV sau

consecințele acestora, orice infecție, îmbolnăvire, pierdere sau cheltuială legată de HIV și/sau orice boală asociată cu HIV, inclusiv SIDA și/sau orice mutație derivată sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;

- k. ca urmare a medicinei experimentale, medicină alternativă, homeopatie etc.;
 - l. ca urmare a schimbării de sex;
 - m. ca urmare a studiilor de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și/sau tratament genetic;
 - n. donare de organe, transplantul voluntar și/sau tratamentele aferente acestora;
 - o. în legătură cu oricare tip de chirurgie bariatrică;
 - p. ca urmare a oricărei cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare;
 - q. ca urmare a spitalizării, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile acoperit de prezenta asigurare;
 - r. ca urmare a riscurilor cauzate sau provocate intenționat de asigurat;
 - s. ca urmare a oricărui tratament/ serviciu medical efectuat pentru orice afecțiune mentală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihică, depresie sau dezordine mentală, tratament de odihnă sau de refacere în urma efectelor abuzului de alcool sau de droguri sau de substanțe similare;
 - t. ca urmare a automedicației sau folosirii de către asigurat a unor medicamente sau tratamente care nu au fost prescrise de către o autoritate medicală recunoscută sau care au fost folosite/ prescrise în urma participării la studii clinice; ca urmare a oricărei infecții apărute în timpul spitalizării, ca urmare a nerespectării standardelor medicale;
 - u. ca urmare a oricărui tratament/ serviciu medical efectuat într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru coalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate etc.), centre de consult extern sau centru de reabilitare, geriatrie;
 - v. ca urmare a otrăvirii, intoxicației sau inhalării de gaze otrăvitoare, cu excepția situațiilor accidentale;
 - w. ca urmare a malpraxisului.
- 8.2. **Asiguratorul nu datorează indemnizația** de asigurare Asiguratului/ Dependentului **pentru niciun serviciu medical care nu este cuprins în pachetul de asigurare** contractat.
- 8.3. **Asiguratorul nu datorează indemnizația** de asigurare, **în cazul în care**, la data producerii riscului asigurat, **Asiguratul/ Dependentul:**
- a. este înrolat în serviciul militar sau este în misiune;
 - b. practică sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatice sau aeriene, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria, mersul cu motocicletă/ATV-ul în afara drumurilor publice. Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă;
 - c. participă la o acțiune hazardată care a condus la producerea riscului asigurat, săvârșită cu intenție sau din culpă și/sau săvârșită din neglijență și/sau imprudență prin care a încălcat prevederi legale, recomandări, avertismente și/sau atenționări date de organele în drept inclusiv de servicii de salvare abilitate (salvamar, salvamont, etc.), cum ar fi: înotul când steagul roșu este arborat, schiul în afara părților amenajate, mersul cu bicicleta pe teren accidentat în afara pistelor amenajate etc.;
 - d. zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate și cu orar afișat.
- 8.4. **Asiguratorul nu datorează indemnizația** de asigurare **în oricare dintre cazurile** de mai jos:
- a. indiferent de situația medicală a Asiguratului/ Dependentului, pentru alte servicii de asigurare în afara celor detaliate în mod explicit în Pachetul de asigurare contractat;
 - b. pentru un serviciu medical care nu a fost aprobat și/sau acoperit de către Asigurator, cu excepția cazului în care Asiguratul s-a aflat în imposibilitate obiectivă de a obține autorizarea prealabilă a Asiguratorului, evenimentul asigurat având loc ca urmare a unei urgențe medicale confirmate de un medic de specialitate, dacă acesta este acoperit prin Contractul de asigurare atunci Asiguratorul datorează indemnizația din asigurare;
 - c. pentru un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale;
 - d. pentru cheltuieli efectuate de către Asigurat/ Dependent pentru servicii medicale/ tratamente executate de către o persoană care nu are calitatea de medic sau nu este tratat într-o unitate medicală, în sensul acceptat de definițiile acestui contract;
 - e. medicamente de care are nevoie Asiguratul/ Dependentul, cu excepția celor administrate pe durata spitalizării în cadrul Rețelei, conform limitelor Pachetului de asigurare;
 - f. un serviciu medical ambulatoriu executat în afara granițelor României,

- g. spitalizare, intervenții chirurgicale și naștere, în afara granițelor României. Excepție sunt Pachetele Medium, Esențial Extra, Necesar Extra, Basic B Extra și Basic C Extra pentru care aceste servicii sunt acoperite în Ungaria și Pachetul Premium pentru care serviciile sunt acoperite oriunde în afara granițelor României;
- h. în cazul în care data producerii accidentului nu poate fi probată și/sau leziunile produse în urma accidentului nu sunt consemnate într-un document medical;
- i. pentru cheltuieli de achiziționare sau reparare/ recondiționare a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, aparatelor de susținere (orteze, cârje etc.), ochelarilor de vedere sau lentilelor de contact.

9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului, Contractantului și Asiguratului

9.1. Asigurătorul se obligă:

- a. să pună la dispoziția Contractantului persoană juridică toate informațiile, datele și documentele în legătură cu prezentul Contract de asigurare, atât înaintea încheierii, cât și pe durata executării acestuia;
- b. să transmită acceptul/ refuzul său la solicitările de autorizare în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data obținerii tuturor documentelor necesare luării unei decizii în acest sens, în acord cu prevederile contractului în vigoare;
- c. să plătească direct Furnizorului de servicii medicale, costul serviciilor medicale accesate de către Asigurat/ Dependent în Rețeaua privată de sănătate, conform prevederilor Condițiilor de asigurare și în limitele Pachetului de asigurare contractat;
- d. să plătească cu promptitudine, direct Asiguratului/ Dependentului/ Reprezentantului său legal, indemnizația de asigurare pentru serviciile medicale accesate de Asigurat/ Dependent în afara Rețelei, conform prevederilor Condițiilor de asigurare și în limitele Pachetului de asigurare contractat;
- e. să prelucreze datele cu caracter personal la care are acces ca urmare a derulării prezentului Contract cu respectarea dispozițiilor legale privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și în special ale Regulamentului 679/ 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor);
- f. să ia măsuri tehnice și organizatorice adecvate în vederea asigurării securității prelucrării datelor cu caracter personal, în condiții de deplină siguranță pentru integritatea și confidențialitatea acestora;
- g. să realizeze în mod complet și corespunzător prestațiile care formează obiectul contractului, în conformitate cu clauzele contractuale, precum și cu dispozițiile legale în vigoare;
- h. să răspundă pentru executarea necorespunzătoare a serviciilor de asigurare care fac obiectul contractului, asumându-și obligația de a-l despăgubi pe Asigurat pentru întreg prejudiciul cauzat din culpa sa contractuală dovedită.

9.2. Asigurătorul are dreptul:

- a. de a încasa integral primele de asigurare la termenele convenite în Polița de asigurare și în cuantumul stabilit prin Polița de asigurare, respectiv conform deconturilor de prima pentru ratele de prima;
- b. de a refuza acordarea unei Indemnizații pentru serviciile medicale accesate de Asigurat care exced Pachetului de asigurare achiziționat, contravaloarea acestor servicii fiind în sarcina exclusivă a Asiguratului;
- c. de a refuza cererea de modificare a Pachetului de asigurare, caz în care va notifica în scris Contractantul/ Asiguratul;
- d. de a refuza acordarea indemnizației de asigurare și de a rezilia contractul de asigurare dacă solicitarea de plată a indemnizației de asigurare nu este documentată conform prevederilor Condițiilor de asigurare, dacă Asigurătorul nu a putut stabili responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare, sau dacă are la bază documente și declarații false, frauduloase, exagerate;
- e. în cazul denunțării Contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către Contractant vor fi restituite pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării;
- f. în cazul încetării Contractului de asigurare din orice motiv, mai puțin din culpa Asigurătorului, Contractantul datorează plata integrală a primei de asigurare anuale pentru Asigurații/ Dependenți care au avut despăgubiri și/sau pentru care Asigurătorul are sau va avea obligații de plată pentru evenimente asigurate produse pe perioada de valabilitate a asigurării;

g. toate celelalte drepturi rezultate din Contractul de asigurare și anexele acestuia.

9.3. Contractantul se obligă:

- a. să furnizeze Asigurătorului informații corecte și complete la momentul solicitării Ofertei de asigurare, pentru evaluarea corectă a riscului preluat în asigurare și pentru celelalte documente ale Contractului de asigurare;
- b. să solicite Asigurătorului preluarea în asigurare a Angajaților săi, numai după informarea în prealabil a acestora și cu acordul scris al acestora (inclusiv în format electronic);
- c. să plătească prima/ ratele lunare de prima de asigurare la termenele stabilite și în cuantumul stabilit prin Polița de asigurare, respectiv conform deconturilor de primă transmise de Asigurător;
- d. să informeze angajații despre acest Contract prin mijloace proprii (ex. intranet) și să pună la dispoziția acestora, anterior includerii în asigurare:
 - Nota de Informare privind Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal a Asigurătorului, ca anexă sau prin comunicarea adresei: <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>;
 - Documentul de informare privind produsul de asigurare IPID;
 - Condițiile de asigurare;
- e. să pună la dispoziția fiecărui Asigurat orice documente puse la dispoziție de Asigurător cu privire la serviciile medicale acoperite prin Pachetele de asigurare și condițiile accesării acestora, inclusiv orice modificări ale acestora survenite pe durata derulării Contractului de asigurare, numerele de telefon și adresele de contact ale Asigurătorului;
- f. să transmită Asigurătorului, în timp util, toate informațiile, datele și documentele solicitate pentru încheierea Poliței de asigurare, respectiv pentru derularea corespunzătoare a Contractului de asigurare (ex. respectarea termenelor de transmitere a tabelelor nominale în cazul fluctuației numărului de asigurați);
- g. să prelucreze datele cu caracter personal ale angajaților săi cu respectarea dispozițiilor legale privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și în special ale Regulamentului General privind Protecția Datelor (UE) 2016/679.

9.4. Contractantul are dreptul:

- a. de a solicita Asigurătorului preluarea în asigurare a angajaților săi și, după caz, a dependenților acestora, conform Contractului de asigurare;
- b. să solicite Asigurătorului reînnoirea Contractului de asigurare.

9.5. Asiguratul/ Dependentul are obligația:

- a. de a-și exprima acordul pentru intrarea în asigurare, în scris, față de Contractantul asigurării, în forma agreeată de către Contractant;
- b. să furnizeze Asigurătorului informații corecte și complete la momentul solicitării Ofertei-Cerere de asigurare, pentru evaluarea corectă a riscului preluat în asigurare și pentru celelalte documente ale Contractului de asigurare;
- c. de a-și exprima consimțământul expres și neechivoc în sensul de a-l mandata pe Asigurător să acționeze, în numele său și pentru sine, la îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente necesare, astfel încât să se poată stabili împrejurările, cauzele și consecințele producerii riscului asigurat; de a-și da acordul în mod expres să exonereze furnizorii de servicii medicale, personalul medical implicat în tratamentul și îngrijirea stării de sănătate, de la obligația păstrării secretului profesional în ce privește informațiile confidențiale privind starea pacientului, istoricul medical, diagnosticul, tratamentul, datele personale medicale, în relația cu Asigurătorul, care privește Contractul de asigurare colectivă;
- d. la solicitarea Asigurătorului, strict în vederea soluționării dosarului de despăgubire, Asiguratul, rudele sale sau reprezentanții legali trebuie să consimtă la examinarea sa medicală de către medicii agreeți de Asigurător;
- e. în cazul accesării serviciilor medicale în Rețeaua privată de sănătate, trebuie să apeleze call centerul Asigurătorului pentru verificarea acoperirii serviciului prin Pachetul de asigurare contractat și pentru programarea acestuia;
- f. trebuie să obțină autorizarea din partea Asigurătorului pentru spitalizare/ intervenție chirurgicală/ naștere (dacă Pachetul de asigurare contractat include astfel de riscuri) înainte de data internării în spital și pentru această autorizare trebuie să apeleze call center-ul și să furnizeze documentele și informațiile solicitate de Asigurător, exacte și complete, legate de starea sa de sănătate, cu minim 5 zile lucratoare înainte de data internării;

- g. În caz de accident sau îmbolnăvire subită, Asiguratul/ Dependentul sau reprezentantul său are obligația:
 - să anunțe Asigurătorul prin Call Center, în cel mai scurt timp posibil de la producerea riscului asigurat;
 - să furnizeze datele Poliței de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
 - să urmeze indicațiile primite din Call Center;
 - în funcție de situație și cauza accidentului, să anunțe la 112 producerea accidentului și să se supună și să colaboreze cu organele competente la derularea anchetei privind împrejurările și cauza producerii accidentului;
 - să se prezinte la orice unitate medicală în cel mai scurt timp posibil de la producerea accidentului, pentru a fi consemnate în cadrul unui document medical leziunile produse în urma accidentului;
 - să prezinte personalului medical actul de identificare cu fotografie (BI/ CI, pașaport);
- h. În calitate de pacient să respecte regulile obligatorii de accesare a serviciilor medicale ale furnizorilor de servicii medicale, respectiv Termenii și Condițiile furnizorului de servicii medicale în cazul Rețelei Asigurătorului, actualizate periodic pe site-ul www.reginamaria.ro;
- i. După înștiințarea producerii riscului asigurat, Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul are obligația să trimită documentele solicitate de Asigurător referitoare evenimentul asigurat, necesare la evaluarea acordării indemnizației de asigurare/ plății costului serviciilor medicale, utilizând următoarele canale de comunicare: prin e-mail la adresa documente@groupama.ro sau să înregistreze online pe pagina <https://avizari-online.groupama.ro/>. În cazul nerespectării obligațiilor Asiguratului/ Dependentului prevăzute mai sus, Asigurătorul poate refuza plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare;
- j. să achite furnizorului de servicii medicale coplata, acolo unde aceasta este menționată în Pachetul de asigurare, respectiv să achite integral contravaloarea serviciilor medicale și costurile non-medicale (ex. taxe de urgență, taxe de dificultate, onorarii suplimentare ale medicilor) care nu sunt acoperite prin Contractul de asigurare;
- k. Asiguratul/ Dependentul este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate la intrarea în asigurare, respectiv pentru dosarul de despăgubire și cel de autorizare a serviciului medical.

9.6. Asiguratul/ Dependentul are dreptul:

- a. de a beneficia de acoperirea riscurilor asigurate/ serviciilor medicale, în limitele pachetului de asigurare contractat și conform Condițiilor de asigurare generale, respectiv condițiilor specifice atașate, pe durata de valabilitate a asigurării sale;
 - b. Asiguratul are dreptul a solicita includerea în asigurare a Dependenților care îndeplinesc criteriile de eligibilitate din prezentele condiții de asigurare, respectiv de a solicita ieșirea din asigurare a acestora;
 - c. de a beneficia de confidențialitatea datelor sale cu caracter personal, inclusiv a datelor despre starea sa de sănătate, prelucrate de Asigurător în scopul evaluării riscului asigurat, calculului primelor de asigurare, derulării Contractului de asigurare, soluționării cererilor de autorizare și dosarelor de despăgubire, inclusiv determinarea cuantumului despăgubirii convenite; toate drepturile sale în calitate de persoana vizată sunt specificate în „Nota de Informare privind Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal” putând fi regăsită la adresa <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.
- 9.7. Celor de mai sus li de adaugă toate celelalte drepturi și obligații rezultate din Contractul de asigurare și anexele acestuia, respectiv din condițiile specifice de asigurare.

10. Corespondența oficială

- 10.1. Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul au posibilitatea de a comunica Asigurătorului, în scris, toate pretențiile cu privire la încheierea, executarea, modificarea sau încetarea Contractului de asigurare.
- 10.2. Comunicările dintre părți se vor transmite prin intermediul serviciilor poștale și/sau de curierat, la adresa de domiciliu/ sediul social menționat în Polița de asigurare ori prin alte mijloace de comunicare ce permit păstrarea confirmării de primire, inclusiv prin intermediul poștei electronice (e-mail).
- 10.3. În cazul în care una dintre părți și-a schimbat adresa de corespondență/ datele de contact furnizate fără a transmite o notificare scrisă celeilalte părți contractante, corespondența trimisă la adresa menționată în Polița de asigurare va avea efect juridic deplin pentru toate părțile Contractului de asigurare.

11. Cheltuieli, dobânzi și taxe

- 11.1. Potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cheltuielile cu primele de asigurare voluntare de sănătate suportate de angajatori persoane juridice sau persoane fizice autorizate pentru angajați sunt deductibile integral la stabilirea profiturilor impozabile ale persoanelor juridice/ fizice autorizate.

- 11.2. În ceea ce privește regimul fiscal al veniturilor din despăgubiri, acestea reprezintă venituri neimpozabile pentru persoanele fizice beneficiare.
- 11.3. Operațiunile de asigurare de sănătate sunt scutite de taxa pe valoarea adăugată.
- 11.4. Toate taxele, onorariile și impozitele care se referă la plata primelor de asigurare vor fi plătite de către Contractant/ Asigurat, împreună cu primele de asigurare corespunzătoare.
- 11.5. Taxele și onorariile notariale, spezele bancare, cât și impozitele datorate pentru primirea indemnizațiilor de la Asigurător, conform acestui Contract, vor fi suportate de Asigurat/ Beneficiar.
- 11.6. Toate taxele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea plății indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de Beneficiar.

12. Teritorialitate

- 12.1. În cazul în care Contractul este încheiat pentru Pachetele Esențial, Necesari, Basic, Medium, A, B, C Polița de asigurare oferă acoperire numai în România în Rețea, pentru serviciile medicale în ambulatoriu, iar serviciile medicale constând în spitalizare, intervenție chirurgicală și naștere, sunt acoperite atât în Rețea, cât și în afara Rețelei în România.
- 12.2. Pentru Pachetul Premium, sunt acoperite serviciile medicale în ambulatoriu numai în România în Rețea, iar serviciile medicale constând în spitalizare, intervenție chirurgicală și naștere, sunt acoperite atât în Rețea în România, cât și în afara Rețelei, în România și în străinătate.
- 12.3. Pentru pachetele Esențial Extra, Necesari Extra, Basic B Extra și Basic C Extra, sunt acoperite serviciile medicale în ambulatoriu numai în România (fără București și Ilfov), în Rețea și în afara Rețelei.
- 12.4. Pachetul Necesari Extra București acoperă serviciile ambulatorii în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei, atât în țară cât și în București și Ilfov, iar serviciile medicale constând în spitalizare și intervenție chirurgicală, sunt acoperite atât în Rețea în România, cât și în afara Rețelei, în România și Ungaria.
- 12.5. Pentru Pachetele Medium, Basic, Premium serviciile medicale constând în spitalizare și intervenție chirurgicală, sunt acoperite atât în Rețea în România, cât și în afara Rețelei, în România și Ungaria.
- 12.6. Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

13. Prevederi finale

- 13.1. Contractul de asigurare este **governat de legislația română în vigoare**, privind asigurările și reasigurările, și de prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de asigurare. Legea aplicabilă Contractului este legea română, iar orice litigiu privind Contractul de asigurare este de competența instanțelor judecătorești din România.
- 13.2. Există posibilitatea ca Asigurătorul să includă în Contractul de asigurare, cu acordul părților, unele **prevederi diferite față de cele menționate în prezentele Condiții de asigurare**, dacă este necesar pentru scopul și natura asigurării. Eventualele diferențe nu pot deroga de la stipulațiile obligatorii ale legislației în materie.
- 13.3. Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și/sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.
- 13.4. În cazul în care datele de identificare ale Contractantului/ Asiguratului/ Beneficiarului se regăsesc în Lista persoanelor supuse sancțiunilor internaționale ale Asigurătorului, atunci Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia Contractul de asigurare sau de a ajusta în consecință sau de a refuza plata indemnizației de asigurare.

Forța majoră

- 13.5. Forța majoră exonerează părțile Contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră trebuie constatată de o autoritate competentă. Îndeplinirea Contractului de asigurare va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea Contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor.
- 13.6. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului Contract de asigurare, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune/ interese.
- 13.7. În cazul constatării insolvenței Asigurătorului, Contractantului/ Asiguratului/ Beneficiarului asigurării se poate

adresa Fondului de garantare conform Legii nr. 213/2015.

Soluționarea alternativă a litigiilor

- 13.8. Orice litigiu decurgând din/ sau în legătură cu acest Contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa pe cale amiabilă. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România.
- 13.9. În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile Contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul, persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți. Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, Asiguratul/ Dependentul/ Beneficiarul trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>. Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul Contractantului de a formula reclamații la adresa Asiguratorului și de a se adresa instanțelor de judecată competente.
- 13.10. În cazul în care Contractantul sau Asiguratul sau Beneficiarii sunt nemulțumiți de soluționarea cererilor privind Contractul de asigurare se pot adresa Autorității de Supraveghere Financiară, autoritatea responsabilă cu supravegherea și controlul dispozițiilor legale în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare.

Soluționarea petițiilor

- 13.11. În situația în care Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarul menționat în Polița de asigurare este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a Contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației.
- 13.12. Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:
- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale Asiguratorului;
 - prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier;
 - telefonic, apelând Centrul de Servicii Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110; prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail office@groupama.ro/ relatii.clienti@groupama.ro/ sesizari.clienti@groupama.ro;
 - prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail: office@groupama.ro, relatii.clienti@groupama.ro sau sesizari@groupama.ro.
- 13.13. Asiguratorul va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului. Totodată, Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară. Formularea unei petiții de către Contractant/ Asigurat/ Beneficiar nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

Prelucrarea datelor

- 13.14. Toate informațiile obținute de Asigurator prin documentele care fac parte din Contractul de asigurare se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.
- 13.15. Prin prezentele Condiții de asigurare vă informăm că puteți consulta oricând cea mai recentă versiune a documentului Politică de confidențialitate pe site-ul companiei, accesând <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.
- 13.16. Asiguratul/ Dependentul este de acord, să exonereze medicul curant, instituțiile și oficialitățile care l-au investigat sau care îl vor investiga, la cererea Asiguratorului, de răspunderea pentru păstrarea secretului profesional. Aceste date vor fi utilizate de către Asigurator în procesul de evaluare a riscului, autorizare și în procesul de stabilire a dreptului la încasarea indemnizației din asigurare.
- 13.17. Contractantul persoana juridică și Asiguratorul (părțile contractante) se obligă să păstreze confidențialitatea datelor personale ale Asiguraților, conform reglementărilor legale în vigoare, respectiv confidențialitatea informațiilor și documentelor pe care le vor deține sau la care vor avea acces ca urmare sau în legătură cu derularea prezentului contract, care pot aduce atingere imaginii și/sau intereselor uneia dintre părțile contractante sau Asiguraților, cu excepția acelor informații care trebuie dezvăluite unor terți pentru executarea sau administrarea prezentului Contract sau pentru auditori, consultanți sau instituții publice abilitate care au la rândul lor obligații de păstrare a confidențialității sau a secretului de serviciu.

- 13.18. Părțile contractante vor respecta obligațiile de confidențialitate pentru operațiunile desfășurate pe perioada de valabilitate a contractului și pe durată nedeterminată după încetarea sau rezilierea din orice cauză a prezentului contract.
- 13.19. Nu constituie informație confidențială existența însăși a prezentului Contract. Oricare dintre Părțile contractante poate face cunoscut public existența parteneriatului dintre ele și numele partenerilor, în cadrul unor acțiuni proprii de informare. În cazul în care una din părți va dori folosirea siglei, logourilor sau a altor însemne comerciale ale altei părți este necesar acordul expres și prelabil al părții deținătoare a drepturilor asupra acestora. În toate situațiile, Părțile contractante se vor consulta în prelabil pentru derularea unor acțiuni de marketing și publicitate ale prezentului parteneriat și vor agree asupra acestora, inclusiv asupra modalității concrete de promovare a parteneriatului, asupra mesajului și materialelor.
- 13.20. Toate informațiile (sub formă verbală sau scrisă, indiferent de suportul prin intermediul căruia se transmit) pe care Asigurătorul le primește de la Contractant în baza prezentului Contract sau în legătură cu prezentul Contract, sau de care ia la cunoștință, chiar în mod întâmplător, vor fi folosite exclusiv pentru îndeplinirea obligațiilor asumate și numai în măsura în care această folosire este în conformitate cu acest Contract.
- 13.21. Fiecare parte contractantă declară și recunoaște celeilalte părți dreptul de a prelucra datele cu caracter personal ale persoanelor fizice care au calitatea de reprezentant legal, conducător, semnatar sau persoană de contact a părții respective în cadrul prezentului Contract, având în acest sens un interes legitim în prelucrarea datelor de identificare și contact ale acestor persoane în vederea executării prezentului Contract.
- 13.22. Pentru orice alte informații legate de Contract, vă rugăm să vă adresați direct reprezentantului dumneavoastră de vânzări sau să consultați site-ul oficial al Asigurătorului: www.groupama.ro.
- 13.23. În caz de pierdere, sustragere sau distrugere a Poliței de asigurare, Asigurătorul va elibera, la cererea scrisă a Contractantului, un duplicat al acesteia.
- 13.24. **Prezentele Condiții de asigurare intră în vigoare la data de 7 aprilie 2023** și se vor aplica tuturor Contractelor de asigurare încheiate după această data.

Clauze neuzuale

- 13.25. **Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Poliței de asigurare și/sau prin exprimarea acordului Asiguratului privind intrarea în asigurarea medicală colectivă contractată în beneficiul său de către Contractantul persoană juridică, următoarele articole: 2.6 - 2.9; 2.12 - 2.13; 3.5; 3.6; 3.9; 3.12 lit. d), e) și f); 3.14; 3.15; 4.10; 4.13; 5.1 - 5.5; 5.9; 6.1; 6.2; 6.3; 7.4; 7.7; 7.9 lit. h); 7.10; 7.12 - 7.14, 7.16; 7.17; 8 integral; 9.1 lit. b); 9.2; 9.5; 12.1; 13.2 – 13.4; 13.15-13.18 din prezentele Condiții generale de asigurare.**
- 13.26. Prevederile aferente Condițiilor de asigurare specifice asigurărilor suplimentare ce se încheie odată cu asigurarea de bază sau la reînnoirea asigurării de bază, sunt considerate în integralitate clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Asigurat/ Contractant prin semnarea Contractului de asigurare.

14. Definirea termenilor

Accident	Orice eveniment survenit brusc, neașteptat, sub acțiunea unei cauze externe și independent de voința Asiguratului și independent de orice boală fizică sau psihică a acestuia, a cărei consecință directă este producerea unei vătămări corporale documentate medico-legal, care a necesitat tratament și îngrijire medicală. Sunt acoperite numai accidentele produse în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
Ambulanță	Mijloc de transport, în conformitate cu legislația în vigoare, destinat transportului terestru de persoane bolnave sau rănite, de la domiciliul/ locul de muncă/ locul producerii evenimentului asigurat la cel mai apropiat spital dacă există o urgență medicală stabilită de către medic, condiția fiind ca Asiguratul să primească acceptul Asigurătorului, ca urmare a apelării numărului de Hotline medical.
Anestezie	Administrarea de substanțe medicamentoase cu scopul eliminării durerii în timpul unei operații chirurgicale și/sau cu ocazia unor diagnosticări invazive. Anestezia poate fi anestezie generală sau anestezie locală.
Angajat	Angajatul Contractantului, care are încheiat un Contract individual de muncă aflat în vigoare (în cazul căruia nu a intervenit vreuna din cauzele de suspendare prevăzute de lege, respectiv nu se află în vreuna din situațiile de suspendare descrise de Codul Muncii, cu excepția concediului pentru incapacitate temporară de muncă) pe

	<p>perioada derulării prezentului Contract. De asemenea, sunt asimilați angajaților activi persoanele fizice care îndeplinesc o funcție de conducere în cadrul entității juridice Contractant, în baza unui Contract de mandat în vigoare pe perioada derulării prezentului Contract de asigurare. Orice referire la drepturile și obligațiile angajaților activi rezultate din prezentul Contract și anexele acestuia, include și se referă și la mandatarii Contractantului, cu excepția situației în care se precizează în mod expres că dispoziția respectivă/ Pachetul de asigurare respectiv se aplică doar mandatarilor.</p>
Membru activ al grupului asigurat	Persoană fizică având calitatea de angajat, asociat, colaborator, client sau membru al organizației, calitate activă în prestația asumată față de Contractant, încadrată pe baza unui Contract bilateral încheiat cu Contractantul.
Aniversare poliță de asigurare	Data la care se împlinește un an întreg de la data de intrare în vigoare a Poliței de asigurare.
Asigurarea de bază	Contract reglementat prin Condițiile generale de asigurare, la care pot fi atașate asigurari suplimentare.
Asigurat	Persoana fizică, angajat/ membru activ conform definiției de mai sus, a cărei stare de sănătate face obiectul Contractului de asigurare.
Asigurător	Groupama Asigurări S.A., cu sediul în str. Mihai Eminescu nr. 45, Sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr. J40/2857/2010, C.U.I. 6291812, autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înscrisă în Registrul Asigurătorilor și reAsigurătorilor sub nr. RA-009/10.04.2003, Cod lei 549300EO4TPESE4LEE73.
Autorizare	Acordul Asigurătorului pentru accesarea următoarelor tipuri de servicii: spitalizare, intervenții chirurgicale, naștere; autorizarea este adresată direct Asigurătorului prin intermediul Call Center-ului. Solicitarea trebuie însoțită de documentele medicale solicitate de Asigurător. Obținerea autorizării nu garantează plata indemnizației de asigurare.
Beneficiar,,	Persoana fizică desemnată de Asigurat în Contractul de asigurare pentru încasarea indemnizației de asigurare în condițiile în care: are loc decesul Asiguratului în urma sau pe durata unui eveniment asigurat în afara Rețelei; decesul Asiguratului se produce înainte ca acesta să primească indemnizația de asigurare. În lipsa desemnării unui Beneficiar, plata indemnizației de asigurare se va efectua direct către moștenitorii legali ai Asiguratului.
Boală	Orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau ale celor de laborator, specifice. Este considerată boală și orice alterare bruscă a stării de sănătate a unei gravide, care pune în pericol evoluția favorabilă a sarcinii și a stării de sănătate a acesteia sau a fătului.
Call Center	Canal de comunicare pus la dispoziția Asiguratului, care îndeplinește următoarele atribuții: <ul style="list-style-type: none"> • programarea serviciilor medicale ambulatorii și serviciilor cu spitalizare în Rețeaua privată de sănătate; • autorizarea; • furnizarea de informații telefonice în legătură cu funcționarea și structura Rețelei private de sănătate; • oferă informații despre Contractul de asigurare;

	<ul style="list-style-type: none"> • îndrumare pentru orice problemă de sănătate și pentru orice urgență medicală care poate conduce sau nu la spitalizare/ intervenții chirurgicale.
Cererea-chestionar de asigurare	<p>Formular propriu al Asigurătorului care se completează și semnează de către Contractant, Asigurat și Asigurător/ intermediar și care conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • datele de identificare ale acestora și pe cele ale Beneficiarului; • Pachetul de acoperiri și sumele asigurate; • perioada asigurată; • informații referitoare la starea de sănătate a Asiguratului; • informații referitoare la ocupația Asiguratului; • alte date relevante pentru evaluarea riscului preluat în asigurare.
Certificat de asigurare	Document eliberat de Asigurător fiecărui Asigurat/ Dependenți, care atestă calitatea de asigurat.
Condiție preexistentă	<p>Orice boală sau vătămare corporală, inclusiv consecințele acestora, care îndeplinește cel puțin una dintre condițiile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a fost diagnosticată de un medic înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare, indiferent dacă a făcut sau nu obiectul îngrijirii și/ sau al tratamentului; • a fost contractată pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare și nu a fost diagnosticată de un medic înainte de această dată; • simptomele sau semnele sale clinice s-au manifestat pentru prima oară înainte de data intrării în vigoare a Contractului de asigurare și nu a fost diagnosticată de un medic înainte de această dată.
Consultația medicală	Examinarea Asiguratului de către medic în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului.
Contractant	<p>Persoana juridică ce încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul pentru asigurarea unui risc privind o altă persoană și care se obligă să plătească prima de asigurare.</p> <p>Contractantul și Asigurătorul reprezintă Părțile contractante.</p>
Contractul de asigurare	<p>Raportul juridic care se încheie între Contractant/ Asigurat și Asigurător, prin care Asigurătorul se obligă ca, la producerea riscului asigurat, să achite indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite în Contractul de asigurare, în schimbul primei de asigurare plătită de Contractant. Contractul de asigurare cuprinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta-Cerere de asigurare • Polița de asigurare • Condițiile de asigurare • Cerere chestionar de asigurare • Lista de servicii medicale ambulatorii (dacă este cazul) • Componenta Rețelei private de sănătate • Alte documente convenite între părți.
Coplată	Parte din costul serviciilor medicale ce trebuie plătită de către Asigurat Rețelei private de sănătate pentru serviciile medicale incluse în asigurare.
Costul serviciilor medicale	Suma care se plătește de către Asigurător Rețelei private de sănătate/ Asiguratului pentru serviciile medicale prestate în urma producerii riscului asigurat. Costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare/ plată a indemnizației și sunt emise de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei.
Dependent	Persoană fizică ce întrunește criteriile de eligibilitate pentru intrarea în asigurare menționate în prezentele Condiții de Asigurare. Dependentul are aceleași drepturi și obligații în Contract ca și Asiguratul, pentru serviciile oferite prin Contractul de asigurare, iar Contractantul datorează plata primei de asigurare Asigurătorului

	pentru fiecare Dependent.
Diagnosticare	Procesul de identificare de către medic a unei afecțiuni medicale în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.
Documente de decontare	Documente eliberate de Rețeaua privată de sănătate sau de spitale publice sau private din afara Rețelei sau de către orice alt Furnizor de servicii medicale pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale prestate unui Asigurat.
Durata asigurării	Perioada de timp delimitată de data intrării în vigoare și data expirării Poliței de asigurare, pe durata căruia Contractul de asigurare își produce efectele. Pentru fiecare Asigurat/ Dependent în parte, durata asigurării este cuprinsă între data intrării sale în asigurare și respectiv data ieșirii sale din asigurare.
Evaluarea riscului	Proces premergător încheierii Poliței de asigurare, prin care Asigurătorul verifică dacă și, după caz, în ce condiții va acorda acoperire prin asigurare potențialului Asigurat. Vor fi luate în considerare, printre altele, vârsta, ocupația, starea sănătății Asiguratului, sporturile și hobby-urile practicate. Pe lângă informațiile declarate de către Contractant și de către Asigurat în Cererea - chestionar de asigurare, Asigurătorul poate solicita informații suplimentare și/ sau documente medicale de la medici și/ sau unități medicale.
Excluderi din asigurare	Situațiile expres prevăzute în Condițiile de asigurare în care Asigurătorul este exonerat de obligația de plată a indemnizației/ prestației din asigurare, deși riscul asigurat s-a produs.
Furnizor de servicii medicale	Unitate medicală, autorizată de Ministerul Sănătății din România, sau de autoritățile țării în care sunt prestate serviciile medicale, care furnizează serviciile medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care emite documente justificative de decontare pentru serviciile medicale prestate.
Indemnizație de asigurare	Suma de bani care trebuie plătită de Asigurător în cazul producerii riscului asigurat, în limita maximă a sumei asigurate și corespunzător Pachetului de asigurare achiziționat.
Intervenție chirurgicală	Orice procedură sau tehnică medicală efectuată asupra persoanei asigurate, pe durata unei internări în spital, de către un medic chirurg și considerată necesară de către un medic specialist, procedură efectuată prin incizie sau prin utilizarea unor metode alternative mai puțin invazive precum laser, radiofrecvență, embolizare, acțiune curativă prin intermediul unui endoscop sau alte tehnici care nu implică obligatoriu o incizie, procedură care implică efectuarea unei anestezii locale sau generale, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de persoana asigurată, ca urmare a consecințelor unui accident sau ale unei boli și care se realizează în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății.
Lista serviciilor medicale	Lista tuturor serviciilor medicale de care poate beneficia Asiguratul prin Pachetul de asigurare conform prezentului Contract de asigurare.
Medic	Persoană care deține o autorizație valabilă de liberă practică eliberată de autoritățile competente.
Necesitate medicală	Stare de sănătate a Asiguratului ce impune accesarea serviciilor medicale. Pentru stabilirea necesității medicale și a aplicării serviciului medical în circumstanțele medicale date, Asigurătorul va lua în considerare: <ul style="list-style-type: none"> • informațiile obținute privind starea de sănătate a Asiguratului; • literatura medicală de specialitate; • rapoarte și ghiduri medicale publicate de organizațiile naționale de sănătate recunoscute, care includ date științifice concludente; • standarde profesionale de siguranță și eficiență pentru diagnostic, asistență medicală și tratament, recunoscute în România;

	<ul style="list-style-type: none"> • opinia unor specialiști medicali recunoscuți în specialitățile implicate de afecțiunea sau leziunea în cauză; • orice altă informație relevantă adusă la cunoștința Asigurătorului.
Pachet de asigurare	Totalitatea serviciilor medicale acoperite prin achiziționarea asigurării, menționate în Polița de asigurare, respectiv în “Lista de acoperiri”. Condițiile de acoperire a serviciilor medicale/ riscurilor incluse în Pachet sunt detaliate în Condițiile generale de asigurare, respectiv în condițiile specifice asigurărilor suplimentare corespunzătoare.
Perioada de așteptare	Perioada de timp, calculată de la data intrării în vigoare a asigurării, în care este exclusă răspunderea Asigurătorului. Pentru această perioadă există obligația de plată a primelor de asigurare, dar Asigurătorul nu acoperă evenimentul asigurat și nu plătește indemnizații de asigurare.
Perioadă de plată a primei de asigurare	Perioada de 30 de zile calendaristice de la scadență, în care Contractantul trebuie să plătească o primă scadență.
Perioadă de grație	Reprezintă termenul de 30 de zile acordat de Asigurător pentru plata primelor de asigurare neachitate la scadență, timp în care, în situația producerii riscului asigurat, va acorda indemnizația de asigurare. Perioada de grație curge din ziua imediat următoare datei scadenței primei de asigurare neachitate și se consideră împlinită în a 30-a zi calendaristică. Perioada de grație se aplică și în cazul plății parțiale a primelor de asigurare scadente, pentru neachitarea diferenței, până la achitarea integrală a primei scadente.
Polița de asigurare	Document eliberat de Asigurător care atestă încheierea Contractului de asigurare.
Primă de asigurare	Suma de bani datorată de Contractant/ asigurat, în schimbul asumării riscului de către Asigurător, calculată în funcție de evaluarea riscului și de tipul Pachetului de asigurare contractat. În cazul unui risc crescut față de nivelul de risc standard, stabilit de Asigurător potrivit propriilor sale criterii, se pot stabili prime de asigurare suplimentare, numite extraprime.
Reînnoire	Încheierea unei Polițe de asigurare pentru același Asigurat sau grup de asigurați în continuarea perioadei de asigurare anterioare.
Rețeaua privată de sănătate	Rețea de furnizori de servicii medicale în care pot fi accesate servicii medicale prin decontare directă, rețea formată din CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. denumită “Regina Maria”, alături de clinicile partenere ale acesteia (care va fi denumită în cuprinsul Condițiilor de asigurare “Rețeaua privată de sănătate”, “Rețeaua Asigurătorului” sau “Regina Maria”) și celelalte spitale cu decontare directă. Clinicile și spitalele partenere din cadrul Rețelei private de sănătate se regăsesc pe pagina https://www.reginamaria.ro/clinici .
Risc asigurat	Eveniment viitor, posibil, incert, definit în prezentele Condiții de asigurare, la producerea căruia Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare - respectiv accesarea de către Asigurat a unui serviciu medical necesar din punct de vedere medical, conform Pachetului de asigurare contractat și Condițiilor de asigurare, care dă naștere obligației Asigurătorului de plată a indemnizației de asigurare către Asigurat, inclusiv prin acoperirea costului respectivului serviciu direct către prestatorul acestuia, conform Condițiilor de asigurare; producerea riscului asigurat dă naștere obligației Asigurătorului de plată a indemnizației din asigurare numai dacă aceasta are loc pe durata valabilității asigurării.
Risc standard	Nivel de risc specific, corespunzător criteriilor de vârstă, sănătate, ocupaționale și de altă natură, avute în vedere de Asigurător la calculul primelor de asigurare de bază și pentru care protecția prin asigurare este acordată fără plata unei extraprime.
Serviciu medical	Consultații medicale, tratamente, proceduri medicale sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate, cu competență și autorizare,

	<p>conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România, dintr-o unitate sanitară publică sau privată, autorizată în România; serviciul medical trebuie să îndeplinească cel puțin unul dintre următoarele criterii:</p> <ol style="list-style-type: none"> să reprezinte un mijloc de asistență medicală, care să producă o evoluție pozitivă semnificativă și să nu agraveze boala și starea generală de sănătate a Asiguratului, mai mult decât orice alt mijloc alternativ de tratament sau asistență medicală; să fie o procedură de diagnostic indicată de starea de sănătate a Asiguratului, atât pentru afecțiunea sau vătămarea corporală în cauză, cât și pentru starea de sănătate generală; în privința diagnosticului, asistenței medicale sau a tratamentului, serviciul sau produsul medical să nu fie mai costisitor (luând în considerare toate cheltuielile implicate) decât orice serviciu sau produs medical alternativ, indicat în afecțiunea sau leziunea în cauză.
Sistemul asigurărilor sociale de sănătate	Sistem de ocrotire a sănătății populației din România, stabilit prin lege.
Spital	<p>Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate 24 de ore pe zi, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și de servicii de diagnostic și tratament, în regim permanent, pacienților internați. Spitalul trebuie să îndeplinească condițiile de autorizare sanitară de funcționare și, după caz, de acreditare prevăzute de lege și este obligat să dețină sau să obțină autorizația sanitară de funcționare.</p> <p>Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, instituțiile de recuperare a stării de sănătate, instituțiile pentru tratarea de boli psihice, centrele de îngrijire, casele de odihnă, sanatoriile și cabinetele fizioterapeutice, secțiile din spitale destinate recuperării medicale (fizioterapie și kinetoterapie) nu sunt considerate spitale. Asiguratul poate beneficia de servicii medicale în spitalele din Rețeaua Asiguratorului sau din afara Rețelei, conform Contractului de asigurare.</p>
Subgrup	Un grup de Asigurați care au același Pachet de asigurare, având aceleași acoperiri cu sume asigurate și prime de asigurare identice.
Suma asigurată	Limită maximă a indemnizației de asigurare și a costului serviciilor medicale, specificată în Polița/ Certificatul de asigurare și pe care Asiguratorul o poate plăti în cazul producerii riscului asigurat, pe durata unui an de asigurare. Această sumă se regăsește înscrisă în „Lista de acoperiri” și în Polița de asigurare.
Suspendarea instrumentării dosarului	Este perioada necesară Asiguratorului pentru a efectua cercetări suplimentare referitoare la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat sau la repararea efectivă a prejudiciului. În această perioadă nu curg termenele prevăzute în Contract pentru plata indemnizației de asigurare. În cazul în care motivul de suspendare încetează, termenul contractual continuă cu perioada rămasă nescursă la momentul suspendării.
Tratament	Îngrijire medicală acordată de personalul medical în vederea vindecării sau a ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale.
Tratament sau procedură efectuate în scop experimental	<p>Orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale dacă se încadrează în oricare dintre situațiile descrise mai jos:</p> <ol style="list-style-type: none"> datele privind siguranța și efectele pe termen lung ale tratamentului sau procedurii respective, publicate în literatura de specialitate în urma efectuării studiilor clinice sunt insuficiente; deși îndeplinesc criteriile impuse de legislație, nu s-a început promovarea lor; sunt certificate de către autoritatea medicală națională și/sau de către Organizația Mondială a Sănătății drept tratamente sau proceduri experimentale;

	d. toate protocoalele existente, specifice tratamentelor sau procedurilor respective, recunosc încadrarea acestora la stadiul experimental.
Urgență medicală	Orice îmbolnăvire sau accident, survenite brusc și neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia.
Urgență de gradul 0 sau 1	Alterarea severă a stării de sănătate a asiguratului, care se caracterizează printr-un potențial evolutiv rapid către degradarea funcțiilor vitale și deces, în lipsa unei intervenții medicale prompte și profesionale
Urgența medicală de gradul 2	Situație medicală reglementată legal și recunoscută de Asigurător ca suspiciune a unor stări morbide, precum: angină pectorală (cu excepția anginei instabile); entorse, luxații, fracturi închise ale membrilor și fără leziuni ale pachetului vasculonervos; reumatism articular acut în criză; sindroame de compresie și/ sau iritație radiculară (nevralgia cervicobrahială, lombalgie și lombosciatică) în faza acută; artrite septice; arsuri termice de gradele 1 și 2 sub 10% din suprafața corpului, cu localizări care fac imposibilă deplasarea; hemoragii interne exteriorizate, fără semne de șoc hipovolemic; ischemie cerebrală tranzitorie; criză de hipertensiune arterială fără complicații; tromboflebită acută; arterită fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică; corpi străini în nas, faringe, fără dispnee la copii; corpi străini auriculari la copii până la 3 ani; astm bronșic în criză; insuficiență cardiacă decompensată; colică biliară, renală, abdominală; sindrom subocluziv; hernii strangulate fără abdomen acut; apendicită acută fără abdomen acut; anurie; retenție de urină; meningită; holeră, difterie, tetanos, botulism; boală diareică cu stare generală alterată; agitații psihomotorii sau catatonie; politraumatisme minore; avort necomplicat; diabet zaharat necompensat; primipară cu contracții uterine dureroase; sarcină până în luna a VII-a cu contracții uterine dureroase; stare febrilă cu alterarea stării generale; afecțiuni reumatologice cronice confirmate în puseu inflamator, cu deficit motor al membrilor inferioare; ciroză hepatică decompensată; stări de inconștiență. Această enumerare este exemplificativă, urgențele medicale de gradul 2 nelimitându-se la exemplele enumerate anterior.
Vârsta	Vârsta Asiguratului/ Dependentului la data intrării în asigurare (în ani împliniți).
Vătămare corporală	Orice vătămare fizică a corpului Asiguratului, detectabilă din punct de vedere medical.

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - SPITALIZARE ȘI INTERVENȚII CHIRURGICALE

1. Informații introductive

- 1.1. Prezentele Condiții fac parte și completează Condițiile generale ale Asigurării Medicale Integrale și se aplică Pachetului de asigurare ales.
- 1.2. Condițiile generale de asigurare sunt valabile și se aplică în mod corespunzător, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele Condiții de asigurare.
- 1.3. Părțile convin că Asigurătorul va acoperi, iar Asiguratul/ Dependentul va beneficia numai de serviciile medicale incluse în Pachetul de asigurare contractat, specificat în Polița de asigurare, conform Condițiilor de asigurare și anexelor la Polița.
- 1.4. Pentru orice alte servicii medicale, care nu sunt specificate în mod clar ca fiind acoperite prin Pachetul de asigurare, Asiguratul/ Dependentul va acoperi costul acestora pe propria cheltuială.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. În cazul în care, pe durata asigurării, Asiguratul/ Dependentul va necesita o internare într-un spital și/sau o intervenție chirurgicală, în scop de tratament, ca urmare a unui accident sau a unei boli, iar pentru această internare/ intervenție chirurgicală s-a obținut autorizarea și formularul de trimitere de la un medic, Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită, în limitele Pachetului de asigurare contractat și conform condițiilor stabilite, dacă a fost plătită prima de asigurare.
- 2.2. Pachetele pentru spitalizare și intervenție chirurgicală includ:
 - **spitalizare** acoperită prin **indemnizație zilnică** de spitalizare;
 - **intervenție chirurgicală** acoperită printr-o **indemnizație per eveniment asigurat**;
- 2.3. Indemnizațiile de asigurare plătite de Asigurător pentru spitalizare și intervenție chirurgicală într-un an de asigurare se încadrează în limita maximă de 100% din Suma Asigurată specificată în Polița de asigurare, „Lista de acoperiri”.
- 2.4. **Nu sunt acoperite tarife speciale și/sau suplimentare ale personalului medical**, inclusiv ale medicilor.

Spitalizare

- 2.5. Asigurătorul va plăti **indemnizația de spitalizare pentru spitalizare continuă și/sau spitalizare de zi/ în ambulatoriu**, ce va avea loc în perioada de valabilitate a asigurării.
- 2.6. **Perioada de spitalizare maximă** pentru un eveniment asigurat **este** precizată în Pachetul de asigurare contractat, respectiv în Lista de acoperiri.
- 2.7. Pentru o spitalizare continuă, numărul zilelor de spitalizare **se va calcula în funcție de numărul de nopți petrecute în spital**, indiferent de ora internării sau a externării.
- 2.8. Spitalizarea în ambulatoriu/ de zi reprezintă echivalentul unei zile de spitalizare.
- 2.9. **Numărul maxim de spitalizări într-un an** de asigurare **este de 5 spitalizări**, precizat în Pachetul de asigurare contractat, respectiv în Lista de acoperiri, inclusiv cele determinate de eventuale complicații sau recidive apărute la maxim 90 de zile de la prima externare.
- 2.10. **Indemnizația** de asigurare pentru un eveniment asigurat de spitalizare **se calculează prin înmulțirea valorii indemnizației zilnice** a Pachetului contractat **cu numărul zilelor de spitalizare**, în limitele de durată maximă de spitalizare și cu respectarea prevederilor din prezentele Condiții de asigurare.
- 2.11. **În cazul spitalizării** în Rețeaua privată de sănătate sau în afara Rețelei la un spital privat, **Asigurătorul va acoperi**, în limitele valorii indemnizației de spitalizare a Pachetului de asigurare contractat și a Condițiilor contractuale, **costurile pentru:** cazare, masă, serviciile medicale efectuate pe durata internării (consultații, proceduri și analize efectuate, investigații), consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente etc.), costul medicamentelor administrate pe durata spitalizării și procedurilor medicale, precum și orice alte materiale și dispozitive fără rol de proteză.
- 2.12. **În cazul spitalizării** în Rețeaua privată de sănătate sau în afara Rețelei la un spital privat **a unui copil dependent, Asigurătorul va acoperi** în limitele valorii indemnizației per eveniment a Pachetului de asigurare contractat și a Condițiilor contractuale, costurile de cazare și masă pentru un însoțitor adult (aparținător legal), pe întreaga perioadă de spitalizare a copilului dependent. În această situație, costurile de cazare și masă ale însoțitorului adult sunt acoperite în limitele și conform condițiilor stabilite (durata, suma maximă) asigurării copilului dependent, cumulat cu costurile spitalizării acestuia.

- 2.13. Indemnizația de asigurare pentru spitalizare se acordă numai pentru cazurile în care pe durata spitalizării nu se efectuează o intervenție chirurgicală, intervenție care reprezintă un risc asigurat separat.
- 2.14. Pentru cazurile în care **spitalizarea depășește acoperirile** prezentei asigurări, **costurile suplimentare vor fi suportate de Asigurat/ Dependent**.

Intervenție chirurgicală

- 2.15. **În cazul intervenției chirurgicale** în Rețeaua privată de sănătate sau în afara Rețelei la un spital privat, **Asiguratorul va acoperi**, în limitele valorii indemnizației per eveniment a Pachetului de asigurare contractat și a Condițiilor contractuale, **costurile pentru:** consultul preanestezic, cazare, masă, manopera chirurgicală autorizată, serviciile medicale efectuate pe durata internării pentru intervenție (consultații, proceduri și analize efectuate, investigații), consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente etc.), costul medicamentelor administrate în timpul efectuării intervenției și procedurilor medicale, costul examenelor histopatologice intra și extra operator considerate necesare și recomandate de către medicul chirurg, cu condiția ca probele biologice să fie prelevate în timpul intervenției chirurgicale din organele/ țesuturile asupra cărora s-a intervenit chirurgical, precum și orice alte materiale și dispozitive fără rol de proteză.
- 2.16. **În cazul intervenției chirurgicale** în Rețeaua privată de sănătate sau în afara Rețelei la un spital privat **a unui copil dependent, Asiguratorul va acoperi** în limitele valorii indemnizației per eveniment a Pachetului de asigurare contractat și a Condițiilor contractuale, **atât costurile menționate la articolul anterior, cât și costurile de cazare și masă pentru un însoțitor adult** (aparținător legal).
- 2.17. **În cazul intervenției chirurgicale efectuate într-un spital de stat, Asiguratorul va calcula și va plăti** o indemnizație de asigurare pornind de la limita indemnizației per eveniment a Pachetului de asigurare contractat, **în funcție de gradul de dificultate al intervenției chirurgicale**, astfel:
- intervenție chirurgicală foarte mică - 10% din limita indemnizației/ eveniment;
 - intervenție chirurgicală mică - 25% din limita indemnizației/ eveniment;
 - intervenție chirurgicală medie - 50% din limita indemnizației/ eveniment;
 - intervenție chirurgicală mare - 75% din limita indemnizației/ eveniment;
 - intervenție chirurgicală foarte mare - 100% din limita indemnizației/ eveniment.
- 2.18. **Nu sunt acoperite tarife speciale și/sau suplimentare ale personalului medical**, inclusiv ale medicilor.

3. Accesarea serviciilor acoperite

- 3.1. Pentru spitalizare sau efectuarea unei intervenții chirurgicale este necesară o recomandare medicală validă, așa cum este aceasta definită în Condițiile de asigurare.
- 3.2. **Autorizarea evenimentului asigurat** se va face după cum urmează:
- a. Asiguratul/ Dependentul trebuie să obțină autorizarea spitalizării/ intervenției chirurgicale din partea Asiguratorului înainte de data internării și în acest scop trebuie să furnizeze documentele solicitate de Asigurator și informațiile exacte și complete legate de starea sa de sănătate, cu minim 5 zile lucrătoare înainte de data internării;
 - b. solicitarea autorizării se face prin apel în Call Center-ul Asiguratorului la numărul 021 9767, disponibil de luni până vineri, între orele 8:00 - 20:00;
 - c. Asiguratorul se obligă să transmită acceptul/ refuzul său în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data obținerii tuturor documentelor necesare luării unei decizii în acest sens, în acord cu prevederile contractului în vigoare;
 - d. în scopul evaluării corecte a solicitării de autorizare, Asiguratorul poate solicita orice document medical, fără ca exemplificarea următoare să fie exhaustivă: acordul pentru interogarea istoricului medical din Rețeaua privată de sănătate, copia fișei de la medicul de familie (cu paginile numerotate și cu mențiunea Conform cu originalul, pentru conformitate), rapoarte medicale de la medicul specialist, rezultate analize și investigații medicale de laborator, paraclinice și/sau imagistice, inclusiv interpretarea medicului specialist, bilete de externare, scrisori medicale, bilete de trimitere, buletine histopatologice, orice alte documente medicale de la orice clinici/ cabinete medicale care includ informații despre debutul și evoluția afecțiunii pentru care se solicită autorizare, copia certificatului de încadrare în grad de handicap sau decizii asupra capacității de muncă, eliberate de către Comisia de expertiză medicală de pe lângă Casele Județene de Pensii etc.;
 - e. obținerea autorizării din partea Asiguratorului înainte de data internării nu este obligatorie în situațiile de urgență. Autorizarea este opțională în cazul spitalizării/ intervenției chirurgicale în afara Rețelei private de sănătate și este obligatorie pentru spitalizarea/ intervenția chirurgicală în Rețeaua privată de sănătate (pentru realizarea decontării directe Asigurator – Furnizor din Rețea). Asiguratorul transmite răspunsul său privind acceptul sau refuzul autorizării, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, în baza

- informațiilor disponibile la momentul formulării răspunsului;
- f. obținerea autorizării nu garantează plata indemnizației de Asigurare. Decizia de plată a indemnizației se poate face numai după analiza și finalizarea dosarului de despăgubire, pentru care se vor pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele/ informațiile disponibile după externarea Asiguratului;
- g. în cazul în care internarea/ intervenția chirurgicală nu va avea loc la data programată și nici în cursul lunii calendaristice în care s-a obținut autorizarea, Asiguratul/ Dependentul trebuie să revină cu solicitarea autorizării cu minim 5 zile lucrătoare înainte de data următoare stabilită pentru spitalizare. Asigurătorul va verifica dacă persoana respectivă are asigurarea activă și dacă sunt necesare informații/ documente suplimentare și va comunica noua decizie privind autorizarea sau refuzul autorizării;
- h. dacă spitalizarea/ intervenția chirurgicală nu a fost autorizată de Asigurător, acesta nu are obligația de plată, dacă din acest motiv nu a putut stabili cu certitudine responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

- 3.3. **Perioada de așteptare** se aplică pentru primele 30 de zile de la data intrării în valabilitate a prezentei asigurări. În acest interval se acordă indemnizația de asigurare, numai pentru riscul asigurat produs ca urmare a unui accident.
- 3.4. Perioada de așteptare nu se aplică în cazul reînnoirii anuale neîntrerupte a prezentei asigurări.
- 3.5. Nu există perioadă de așteptare pentru conturile reînnoite imediat după expirarea celui anterior (în continuarea vechiului contract), pentru aceleași riscuri asigurate aferente anului anterior de asigurare.
- 3.6. Pentru toate serviciile medicale accesate în perioada de așteptare, asiguratul are obligația de plată integrală a contravalorii serviciilor medicale de care a beneficiat, către prestatorul serviciilor medicale.
- 3.7. Acoperirea prin asigurare pentru spitalizare și respectiv intervenții chirurgicale din orice cauză încetează la epuizarea sumei asigurate pentru acest risc și/ sau a perioadei maxime de spitalizare, aferente Pachetului de asigurare contractat.

4. Excluderi

- 4.1. Pentru Asigurat/ Dependent se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial de:
 - a. tratamentul unor consecințe/ complicații ale unor afecțiuni existente, survenite ca urmare a nerespectării prescripției medicale sau a planului de tratament stabilit de către medic;
 - b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident;
 - c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, chirurgia estetică, exceptând materialele sintetice sau biologice de osteosinteză, necesare din punct de vedere medical și considerate ca indispensabile efectuării intervenției chirurgicale, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident;
 - d. spitalizarea finalizată cu naștere, nașterea;
 - e. spitalizare pe durata sarcinii, cu excepția cazurilor în care spitalizarea este recomandată de către medic ca urmare a riscului de avort;
 - f. întreruperea de sarcină, cu excepția cazurilor în care există recomandarea medicului pentru o necesitate medicală;
 - g. controalele medicale de rutină, monitorizarea, cercetările exploratorii sau investigațiile invazive, inclusiv tehnicile de diagnosticare sau cele preoperatorii, indiferent care este diagnosticul care impune efectuarea intervenției chirurgicale;
 - h. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale, asistența medicală acordată de homeopați, medicina naturistă, medicina alternativă;
 - i. tratamentul recuperator și fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapia, tratamentele balneoclimaterice etc.);
 - j. efectuarea intervenției chirurgicale de către o persoană care se află în relații de rudenie cu pacientul (părinți, copii, frați, bunici), inclusiv soțul/soția, cu excepția situațiilor în care Asiguratul și-a exprimat acordul expres în acest sens;
 - k. procedurile, tehnicile, manevrele medico-chirurgicale executate în mod necorespunzător, altfel decât conform standardelor medicale;
 - l. afecțiunile superficiale și manevrele de la nivelul: pielii, conjunctivei, corneei, intranasal (incizii, excizii, sutură) efectuate fără spitalizare;
 - m. tentativa de sinucidere sau de auto-rănire a Asiguratului, indiferent de starea sa de rațiune.

- 4.2. **Pentru Dependenții asigurați se aplică suplimentar următoarele excluderi specifice**, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parțial de:
- invaliditatea de grad I sau II în care sunt încadrați, conform reglementărilor legale în vigoare privind protecția socială;
 - epilepsie, delirium tremens, demență, alte boli psihice;
 - boală gravă și permanentă (de exemplu: cancer stadiul III și IV, ciroză hepatică stadiu IV, tetrapareză spastică, scleroză multiplă sau în plăci – stadiu progresiv, accident vascular cerebral major, insuficiență cronică de organ, boli neurologice în ultimul stadiu (de exemplu: Alzheimer, Parkinson etc.);
 - imunodeficiență severă;
 - motivul pensionării în caz de boală/ din motive medicale;
 - handicapul grav.

5. Teritorialitate

- Prezenta asigurare **acoperă spitalizarea și intervenția chirurgicală**, conform prevederilor Condițiilor Generale.
- Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

6. Prevederi finale

Prevederile aferente articolelor 2.1; 2.8; 2.9.; 2.13; 2.14; 3.2 literele a), d), f), g) și h); 3.3; 3.5 - 3.7; 4 integral; 5.1 din prezentele Condiții de asigurare **constituie clauze neuzuale și sunt acceptate** în mod expres **de către Contractant/ Asigurat/ Dependent prin semnarea Poliței** de asigurare și/sau prin exprimarea acordului Asiguratului privind intrarea în Asigurarea medicală colectivă contractată în beneficiul său de către Contractantul persoană juridică.

7. Definirea termenilor

Complicație	Orice condiție medicală adversă apărută ca urmare a intervențiilor sau a tratamentelor efectuate în perioada de spitalizare acoperită prin prezenta asigurare și care determină o nouă perioadă de spitalizare.
Indemnizația zilnică de spitalizare	Suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Asiguratului pentru o zi de spitalizare, în cazul în care acesta este internat, conform prezentelor Condiții de asigurare.
Recidiva medicală	Reaparitia bolii sau a condiției medicale a pacientului, care a impus tratament sau spitalizare, recunoscută ca eveniment asigurat și care necesită efectuarea unor noi proceduri medicale prin internare.
Recomandare medicală validă	Prin recomandare validă se înțelege o recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii: <ul style="list-style-type: none"> • să fie lizibilă, să conțină nume pacient, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului; • să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale; • să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; • să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere (ex.: pentru CT, RMN, analize de alergologie, imunologie, hormoni, nu se acceptă trimiteri de la specialitățile de medicină primară: Medicină Generală, Medicină de Familie și Medicină Internă). <p>Serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale” se acoperă numai la recomandarea medicului din cadrul Rețelei private de sănătate.</p>

Spitalizare	Perioada continuă de internare într-un spital, cu cazare pentru minim o noapte, considerată necesară de un medic de specialitate și pentru care s-a obținut autorizare, internare efectuată în scopul tratării afecțiunilor și/ sau vătămarilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau a unei boli, acoperite prin prezentul Contract de asigurare. Spitalizarea cuprinde totalitatea procedurilor/ serviciilor medicale efectuate în spital la recomandarea medicului, în legătură directă cu necesitatea medicală precum și serviciul de masă și cazare.
Spitalizare de zi/ în ambulatoriu	Perioada de internare recomandată de un medic de specialitate, fără cazare pe durata nopții, în scopul efectuării unui tratament sau proceduri medicale terapeutice care, din motive medicale, trebuie efectuate sub supraveghere medicală pentru o anumită perioadă, într-un spital.
Zi de spitalizare	Staționarea în spital cu cazare pe durata unei nopți, indiferent de ora internării și externării Asiguratului, la recomandarea medicilor, sub supraveghere și tratament medical avizat.

Anexa 1 - Clasificarea intervențiilor chirurgicale

Indemnizația pentru intervenții chirurgicale se calculează prin aplicarea procentului la suma asigurată/ eveniment în acord cu dificultatea intervenției chirurgicale specificată mai jos.

Dificultate	Procent din suma asigurată/ eveniment
FOARTE MARE	100%
MARE	75%
MEDIE	50%
MICĂ	25%
FOARTE MICĂ	10%

Cap-Gât

Carcinom al buzelor cu rezecția ganglionilor regionali	MARE	Operație pentru tumoră a glandei parotide	MARE
Glosectomie parțială	MARE	Tiroidectomie	MARE
Carcinom al limbii cu rezecția totală a glandelor	MARE	Rezecția glandelor salivare	MEDIE
Operație radicală pentru tumoră malignă a cerului gurii	MARE	Rezecția unei litiaze salivare	MICĂ
Rezecția totală a glandelor limfatice ale gâtului (Block Dissection)	MARE	Operație plastică a buzelor (consecința unui accident)	MICĂ
Rezecția maxilarului	MARE		

Operații otorinolaringologice

Timpanoplastie	MARE	Sept nazal	MICĂ
Intervenție chirurgicală în urechea internă	MARE	Intervenție chirurgicală asupra sinusului maxilar	MICĂ
Laringectomie	MARE	Rezecția polipilor nazali	MICĂ
Operație plastică a corzilor vocale	MARE	Amigdalectomie (Tonsilectomie)	MICĂ
Mastoidectomie	MEDIE	Turbinoplastie	MICĂ
Intervenție chirurgicală în urechea medie	MEDIE	Turbinotomie	MICĂ
Traheotomie	MEDIE		

Operații oftalmologice

Extirparea ochiului	FOARTE MARE	Vitreotomie	MARE
---------------------	-------------	-------------	------

Blefaroplastie (operație plastică a pleoapelor)	MARE	Rezecția glandelor lacrimare	MEDIE
Cheratoplastie (plastia corneei)	MARE	Operație pentru strabism	MEDIE
Iridectomie sau iridotomie	MARE	Operarea mușchilor oftalmici	MEDIE
Cataractă	MARE	Ectropion sau entropion	MICĂ
Glaucom	MARE	Tarsorafie	MICĂ
Dezlipirea retinei	MARE	Rezecția hipertrofiilor bulbare de țesut conjunctiv și subconjunctiv (pterigion)	MICĂ

Operații neurochirurgicale

Tumori ale creierului benigne, maligne	FOARTE MARE	Intervenție chirurgicală pe creier sau pe meninge	MARE
Intervenție chirurgicală pentru fractură craniană	MARE	Rezecția meningelui	MARE
Cranioplastie	MARE	Drenaj de evacuare	MICĂ

Nervi cranieni

Operație pe nervul auditiv	MARE
----------------------------	------

Nervi periferici

Neurectomie (rezecția unui segment al unui nerv)	MARE	Rezecția locală a tumorilor de nerv periferic (ex. neurinom)	MEDIE
Neurosutură primară sau secundară	MARE		

Măduva spinării și coloana vertebrală

Cordotomie	MARE	Tumori ale măduvei spinării	MARE
Laminectomie	MARE	Rizotomie	MEDIE
Dissectomia	MARE		

Operații toracice

Pneumonectomie	FOARTE MARE	Lobectomie	MARE
Operație pe cord și aortă	FOARTE MARE	Operație pentru chist hidatic pulmonar	MARE
Operație BY PASS	FOARTE MARE	Toracoplastie	MARE
Disecția aortei abdominale	FOARTE MARE	Operație de mediastin și esofag	MARE
Transplant aortofemural	FOARTE MARE	Operație Heller pentru cardiospasm	MARE
Transplant aortoiliac	FOARTE MARE	Operație pentru cancerul esofagului cu plastie din intestinul gros	MARE
Transplant pentru BY PASS	FOARTE MARE		

Vene

Hipertensiune portală (Anamostoza porto-cavă)	FOARTE MARE	Hipertensiune portală (Operație Berema - Crill)	FOARTE MARE
Hipertensiune portală (Anamostoza Splenorenală)	FOARTE MARE	Intervenția pentru varice hidrostatice	MEDIE

Abdomen

Anastomoze bilio-digestive	FOARTE MARE	Rezecția unei părți (fragment) a intestinului gros cauzată de cancer, de o tumoră sau de o inflamație	MARE
----------------------------	-------------	---	------

Proctoectomie (ectectomie) totală	FOARTE MARE	Proptosis rectal (intervenție chirurgicală abdominală)	MARE
Rezecția perineoceliacă a rectului	FOARTE MARE	Hernii (inghinală unilaterală sau bilaterală, hernie femurală, hernia liniei albe	MEDIE
Gastrectomie totală pentru cancer	FOARTE MARE	Jejunostomie - Ileostomie - Transverstostomie -Sigmoidostomie	MEDI
Celiocel (laparocel) vizibil postoperator	MARE	Apendicectomie	MEDIE
Hernie hiatală (Hiatus hernia)	MARE	Sutura ulcerului perforat	MEDIE
Gastrectomie pentru ulcer	MARE	Obstrucție intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Vagotomie, piloroplastie, antrectomie cu gastroenteroanastomoză	MARE	Ocluzie intestinală fără rezecția intestinului	MEDIE
Vagotomie supraselectivă și piloroplastie	MARE	Hemoroidectomie	MEDIE
Rezecția diverticulilor duodenali	MARE	Stenoză circulară	MICĂ
Rezecția unui fragment al intestinului subțire și anastomoză	MARE	Rezecția polipilor rectali	MICĂ
Volvulus (ocluzie intestinală)	MARE	Fistulă perianală	MICĂ
Obstrucție intestinală cu rezecția intestinului	MARE	Abces perianal – incizie	MICĂ
Ficat și căi biliare			
Incizia și drenajul abscesului hepatic	MARE	Colecistectomie	MARE
Hepatectomie parțială	MARE	Operație pe canalul biliar	MARE
Chist hidatic, marsupializare, drenaj sau alte intervenții	MARE		
Pancreas			
Pancreatoduodectomie	FOARTE MARE	Chist pancreatic	MARE
Cancer al capului pancreasului	MARE	Sfincterectomie	MARE
Splină - suprarenale			
Rezecția glandelor suprarenale sau a unei tumori a acestora	FOARTE MARE	Splenectomie (Lienectomie)	MARE
Sistemul simpatic			
Simpatectomie bilaterală (Rezecția bilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/sau nervi)	MARE	Simpatectomie unilaterală (Rezecția unilaterală a sistemului simpatic - ganglioni și/sau nervi)	MEDIE
Ganglioni și glande limfatice			
Rezecția “en block” a ganglionilor și glandelor limfatice din zona axilei sau inghinală	MARE		
Operații urologice			
Pieloplastie	FOARTE MARE	Amputarea penisului (totală sau parțială)	MARE
Cistotomie suprapubică	FOARTE MARE	Orchiectomie - Epididimectomie - Extirparea chistului unui vas deferent	MEDIE
Cistectomie totală (cu transplant de uretere)	FOARTE MARE	Cistectomie parțială	MEDIE
Pielotomie cu extracția calculilor renali	MARE	Hidrocel	MEDIE
Ureterotomie cu extracția calculilor	MARE	Varicocele	MEDIE

ureterali			
Nefrostomie	MARE	Rezecția calculilor vezicii urinare prin operație	MEDIE
Transplant de uretere	MARE	Ureterosopia (tratament litiază renală)	MEDIE
Rezecția unui diverticul al vezicii urinare	MARE	Peritomie	MICĂ
Prostatectomie	MARE		
Sân			
Mastectomie simplă cu adenectomie	MARE	Mastectomie simplă	MEDIE
Mastectomie totală	MARE	Rezecția unei tumori sau chist al sânului sau ectomie parțială a sânului	MICĂ
Operații ginecologice			
Histerectomie Wertheim	FOARTE MARE	Ovarectomie – Salpingectomie	MEDIE
Colporafie anterioară și posterioară	MARE	Rezecția unei tumori miofibroase	MEDIE
Histerectomie vaginală	MARE	Rezecția unui chist ovarian	MEDIE
Histerectomie (parțială sau totală)	MARE	Rezecția polipilor colului uterin	MICĂ
Colporafie numai anterioară sau posterioară	MEDIE	Rezecția locală a afecțiunilor colului uterin	MICĂ
Rezecția glandei Bartholin	MEDIE		
Piele și țesuturi cutanate și subcutanate			
Intervenție chirurgicală pentru tumorile maligne (melanom și carcinom)	MARE	Sinus pilonidal	MICĂ
Grefă pedunculară	MEDIE	Transplant de piele, grefă simplă	MICĂ
Rezecția unei tumori benigne a pielii sau a țesuturilor subcutanate	MICĂ	Sutură plăgi (postraumatică)	MICĂ
Rezecția unor mici procese inflamative	MICĂ	Incizia și drenajul inflamațiilor, sutura contuziilor	FOARTE MICĂ
Diverse			
Anastomoze arteriovenoase (Șunt)	MARE	Transplant de măduvă	FOARTE MARE
Tendoane și ligamente			
Ligamentoplastie	MEDIE	Tenotomie	MICĂ
Transplant de tendoane	MEDIE	Sutura tendoanelor	MICĂ
Operații ortopedice			
Închiderea unei fracturi deschise (pe oase lungi)	MARE	Rezecție bursă la articulație mare	MEDIE
Operarea unei fracturi complicate a oaselor lungi	MARE	Operație de menisc	MEDIE
Artroplastie a unei articulații mari	MARE	Osteosinteză oase scurte	MEDIE
Osteotomie a oaselor lungi	MARE	Reducerea sub narcoză a unei fracturi închise	MICĂ
Osteosinteză oase lungi	MARE	Rezecția unei exostoze	MICĂ
Închiderea unei fracturi deschise a altor oase	MEDIE	Rezecție bursă la articulație mică	MICĂ
Artrotomie care cuprinde și rezecția corpului liber	MEDIE		
Membre superioare			
Operație pentru luxație humerală	MEDIE	Operație pentru sindromul tunelului carpian	MEDIE

repetată

Membre inferioare

Fractură cervicală a femurului	MARE	Patelectomie	MEDIE
Artrodeza triplă (tripla rigidizare a unei articulații)	MARE	Operație pentru valgus a degetului mare	MEDIE

Amputări

De la umăr	MARE	De la coapsă	MARE
De la braț	MARE	De la tibie	MARE
De la cot	MARE	De la articulația talocrurală (gleznă)	MARE
De la antebraț	MARE	De la metatarsus sau metacarpus	MEDIE
De la carpus (articulația radiocarpiană)	MARE	Amputări de degete	MEDIE
De la articulația șoldului	MARE		

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - SERVICII MEDICALE AMBULATORII

1. Informații introductive

- 1.1. Prezentele Condiții fac parte și completează Condițiile generale ale Asigurării Medicale Integrale și se aplică Pachetului de asigurare ales.
- 1.2. Condițiile generale de asigurare sunt valabile și se aplică în mod corespunzător, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele Condiții de asigurare.
- 1.3. Părțile convin că Asigurătorul va acoperi, iar Asiguratul/ Dependentul va beneficia numai de serviciile medicale incluse în Pachetul de asigurare contractat, specificat în Polița de asigurare, conform Condițiilor de asigurare și anexelor la Polița.
- 1.4. Pentru orice alte servicii medicale, care nu sunt specificate în mod clar ca fiind acoperite prin Pachetul de asigurare, Asiguratul/ Dependentul va acoperi costul acestora pe propria cheltuială.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. În cazul în care, pe durata asigurării, **Asiguratul/ Dependentul va accesa serviciile medicale ambulatorii** acoperite prin Pachetul de asigurare, necesare ca urmare a unui accident sau a unei boli, respectiv va utiliza setul anual preventiv inclus în asigurare, **Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare** cuvenită către Asigurat, inclusiv **prin acoperirea costului respectivului serviciu direct către prestatorul acestuia**, în limitele și conform Condițiilor de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare.
- 2.2. În Condițiile prezentei asigurări, **serviciile medicale ambulatorii acoperite în funcție de tipul Pachetului** de asigurare achiziționat și specificat în Polița de asigurare, pot fi următoarele: **setul anual preventiv (screening anual); consultații medicale; servicii de urgență medicală; analize de laborator și investigații paraclinice; recuperare medicală; protocol de sarcina; proceduri medicale; servicii speciale (acces și depozitare Banca Celule Stem, consultații în Parteneriat Academic, One Day Check-up).**
- 2.3. **Setul anual preventiv de analize**, în funcție de sexul Asiguratului, include:
 - **Bărbați:** Hemoleucogramă, VSH, Colesterol total, Transaminaze (TGO, TGP), Glicemie, Creatinină serică, Sumar de urină, Antigen PSA;
 - **Femei:** Hemoleucogramă, VSH, Colesterol total, Transaminaze (TGO, TGP), Glicemie, Creatinină serică, Sumar de urină, Test Papanicolau clasic.
- 2.4. **Asiguratul/ Dependentul va verifica acoperirile** de care beneficiază în mod specific, **în Lista de servicii medicale ambulatorii** a Pachetului de asigurare contractat, anexa la Polița de asigurare, pusă la dispoziția Contractantului/ Asiguratului la începutul Contractului de asigurare și ulterior oricând pe parcursul asigurării, în urma solicitării scrise adresate Asigurătorului.
- 2.5. **Asiguratul are obligația de a achita integral coplata**, acolo unde aceasta este **menționată în „Lista de servicii medicale ambulatorii”**, pentru serviciul medical prestat.
- 2.6. În cazul în care Asiguratul/ Dependentul are nevoie de **servicii medicale care nu se regăsesc în „Lista de servicii medicale ambulatorii”** a Pachetului de asigurare contractat sau care depășesc limita maximă de accesare stabilită prin Pachetul de asigurare, **Asiguratul/ Dependentul va suporta costul serviciilor medicale respective.**
- 2.7. Se acoperă manopera pentru **vaccinările pediatrice** incluse în calendarul de vaccinare obligatorie din România, obținute prin CAS în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, pentru pachetele Necesar, A, B și C. Numai pentru pachetul C, asigurarea acoperă și vaccinul antigripal. Manopera este gratuită pentru substanțele obținute prin CAS sau medicul de familie din Rețeaua privată de sănătate.
- 2.8. Asiguratul are acces la **servicii speciale** ori de câte ori are nevoie, în vederea diminuării probabilității de producere a riscului asigurat, în limita Pachetului de acoperiri și a „Listei de servicii medicale”, pentru următoarele servicii:
 - acces și depozitare în Banca Centrală de Celule Stem pentru Pachetele Esențial, Esențial Extra, A, B, C;
 - VIP Health Check (vizită medicală completă ce include consultații, investigații, analize de laborator efectuate într-o singură zi) pentru Pachetele Esențial, Esențial Extra, A, B, C;
 - consultații în Parteneriatul Academic, pentru pachetele A, B și C.

Servicii de ambulanță

- 2.9. În cazul în care Asiguratul necesită servicii de ambulanță, Asigurătorul va furniza acest serviciu, condiția fiind

ca Asiguratul să primească acceptul Asigurătorului, ca urmare a apelării numărului de Hotline medical.

- 2.10. Acoperirea referitoare la ambulanță este valabilă în perimetrul oricărui oraș din țară în care există acoperire pentru servicii de ambulanță privată. Orașele din țară în care există acoperire pentru servicii de ambulanță privată se pot verifica pe pagina <https://www.reginamaria.ro/clinici>. Serviciile medicale de urgență și transportul medical de urgență acoperă constatarea situațiilor medicale de urgență, asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale de gradul 2 și trimiterea cu ambulanța către spital. Transportul cu ambulanța este acoperit între spitale, numai în cazurile de urgențe medico-chirurgicale de gradul 0,1 și 2. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență.
- 2.11. Pentru serviciile medicale efectuate Asiguratului în cadrul camerei de gardă a Spitalelor Regina Maria, în afara intervalului orar 08.00 - 20.00, Asiguratul va suporta costul tuturor serviciilor medicale, Rețeaua Regina Maria oferind condiții speciale de plată a acestora. În intervalul orar 08.00 - 20.00 accesul la camera de gardă este acoperit numai pentru consultația de urgență. Pentru serviciile medicale prestate în camera de gardă a Spitalelor Regina Maria în afara intervalului orar 08.00 - 20.00 nu se aplică nivelul de coplată al Pachetului de asigurare, costurile serviciilor medicale sunt acoperite în totalitate de Asigurat. Pentru serviciile neacoperite de prezenta asigurare, Asiguratul va suporta costul serviciilor medicale.

Protocol de sarcină

- 2.12. Protocolul de sarcină acoperă consultații, teste de laborator, investigații de imagistică specifice fiecărui trimestru de sarcină, prezentate detaliat în „Lista de servicii medicale” și ”Protocol de sarcină”. Aceste servicii sunt acoperite începând cu luna a 11-a a Contractului de asigurare. În cazul în care Contractul este reînnoit anual fără întreruperi, această perioadă de așteptare se aplică numai o singură dată, la începerea acestuia. Toate serviciile de ambulator (consultații de specialitate, laborator, imagistică etc.) de pe durata sarcinii și care sunt legate de sarcină, se achită integral de către Asigurat în primele 10 luni de asigurare.
- 2.13. În cazul reînnoirii Poliței de asigurare, cu modificarea Pachetului de asigurare, prin trecerea de la un Pachet de asigurare care nu acoperă Protocolul de sarcină la un Pachet de asigurare care acoperă Protocolul de sarcină (cu nivelul de coplată aferent), se aplică perioada de așteptare de 10 luni de la data de început a valabilității noului Pachet de asigurare (a noului Certificat de asigurare) pentru Protocolul de sarcină. În cazul în care Protocolul de sarcină a fost acoperit pe Certificatul de asigurare anterior și se modifică Pachetul de asigurare, nu se aplică nici o nouă perioadă de așteptare pentru Protocolul de sarcină, iar acoperirea va fi conform noului Pachet de asigurare.

3. Accesarea serviciilor acoperite

Recomandare medicală validă

- 3.1. Pentru consultații/ controale medicale și pentru setul anual preventiv nu este necesară recomandare medicală; pentru orice alte servicii medicale (inclusiv cele de monitorizare a sarcinii) este necesară recomandare medicală validă.
- 3.2. Prin **recomandare validă** se înțelege o recomandare care **trebuie să respecte simultan următoarele** criterii:
- să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului;
 - să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale;
 - să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice (cum ar fi: medicină de laborator, radiologie-imagistică medicală) nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului;
 - să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere (de exemplu: pentru CT, RMN, analize de alergologie, imunologie, hormoni, nu se acceptă trimiteri de la specialitățile de medicină primară: Medicină Generală, Medicină de Familie și Medicină Internă);
 - serviciile medicale marcate special în „Lista de servicii medicale” se acoperă numai la recomandarea medicului din cadrul Rețelei private de sănătate.
- 3.3. **Accesarea serviciilor medicale ambulatorii în Rețea se face ulterior programării prin Call Center** în clinicile proprii Regina Maria disponibile Asiguratului/ Dependentului, enumerate în Lista de servicii medicale ambulatorii a Pachetului de asigurare contractat, conform mențiunilor privind accesul la programul medicilor, aplicarea coplății în anumite locații și celorlalte prevederi specifice din Lista de servicii ambulatorii, precum și în clinicile partenere Regina Maria disponibile. Puteți consulta oricând lista completă a clinicilor partenere și a clinicilor și spitalelor proprii Regina Maria pe pagina <https://www.reginamaria.ro/clinici>.

Serviciile Call Center

- 3.4. **Este obligatorie solicitarea prealabilă prin Call Center, de către Asigurat/ Dependent,** a serviciilor medicale acoperite de prezentul Contract de asigurare, pentru accesarea în Rețeaua privată. În cazul programării serviciilor medicale prin alte mijloace puse la dispoziție de către Rețea, altele decât Call Center-ul (ex. aplicația Regina Maria - „Contul Meu”), este necesar ca Asiguratul să verifice acoperirea serviciilor conform Pachetului de asigurare, iar Asigurătorului nu este responsabil pentru programarea/ accesarea eronată a acestora.
- 3.5. Prin excepție, **în situațiile de urgență medicală, Asiguratul nu are obligația de a apela Call Center-ul și se prezintă direct la camera de gardă** a spitalelor din Rețeaua privată de sănătate.
- 3.6. **Solicitarea informațiilor în Call Center nu constituie, în sine, acoperirea automată a serviciilor medicale sau autorizarea efectuării acestora.**
- 3.7. În cazul în care, **pe durata efectuării unui serviciu medical în Rețea, medicul recomandă și prestează servicii medicale suplimentare** față de cele programate, **Asiguratul poate obține informații privind acoperirea** acestora prin Pachetul de asigurare **din Call Center**, respectiv privind costul acestora în clinică, ulterior efectuării acestora.
- 3.8. Orice serviciu medical programat și efectuat de Asigurat în Rețea cu opțiunea de plată la efectuarea serviciului în locul opțiunii de programare prin asigurare, nu beneficiază de acoperire prin asigurare și nu va fi decontat de Asigurător prin rambursare.
- 3.9. În cazul în care **Asiguratul nu poate să se prezinte la data și ora stabilite** pentru efectuarea serviciului medical, conform programării făcute prin Call Center, **acesta va anula respectiva programare, cu cel puțin o oră înainte.**

Perioada de așteptare

- 3.10. Nu există perioadă de așteptare pentru serviciile medicale ambulatorii, cu excepția protocolului de sarcină unde perioada de așteptare este de 10 luni și a setului anual preventiv care se accesează începând cu a doua lună de asigurare.
- 3.11. Nu există perioadă de așteptare pentru conturile reînnoite imediat după expirarea celui anterior (în continuarea vechiului contract), pentru aceleași riscuri asigurate aferente anului anterior de asigurare.
- 3.12. Pentru toate serviciile medicale accesate în perioada de așteptare, Asiguratul are obligația de plată integrală a contravalorii serviciilor medicale de care a beneficiat, către prestatorul serviciilor medicale.

Acces servicii ambulatorii în afara Rețelei

- 3.13. Pentru Pachetele Esențial Extra, Necesari Extra, Necesari Extra București, Basic B Extra și Basic C Extra, pentru orice serviciu medical ambulatoriu acoperit prin asigurare și denumit "eveniment/ evenimente asigurate", accesat de Asigurat/ Dependent în afara Rețelei private de sănătate Regina Maria, Asigurătorul va plăti Asiguratului/ Dependentului despăgubirea convenită în baza documentelor puse la dispoziție de Asigurat/ Dependent, cu condiția ca serviciile medicale să se încadreze în limitele și acoperirile specificate în Contractul de asigurare.
- 3.14. Rambursarea costurilor serviciilor ambulatorii se limitează la serviciile medicale din Pachetele de asigurare IMM (Basic B Extra, Basic C Extra, Esențial Extra, Necesari Extra, Necesari Extra București) marcate ca fiind incluse în Rețeaua Regina Maria.
- 3.15. Nu fac obiectul rambursării:
- serviciile de medicină de urgență;
 - vaccinări;
 - workshopuri și evenimente medicale;
 - servicii speciale (Parteneriat academic, Banca centrală de celule Stem, VIP Health Check, Grupul de experți în ecografie).
- 3.16. Prezentele prevederi referitoare la rambursări sunt aplicabile și serviciilor efectuate în Rețeaua Regina Maria și achitate de către pacient ca urmare a accesării unor servicii incluse în asigurare, dar disponibile în Rețea doar contra cost.
- 3.17. Pentru serviciile accesate în afara Rețelei se aplică obligativitatea obținerii recomandării medicale.
- 3.18. Pentru serviciile medicale ambulatorii accesate în afara Rețelei sunt acceptate documentele medicale emise de unități medicale ale căror servicii corespund prevederilor Contractului de asigurare.
- 3.19. În cazul serviciilor medicale pentru ambulator, Asiguratul/ Dependentul poate să contacteze Call Center-ul Asigurătorului pentru a anunța intenția de a accesa serviciul medical în afara Rețelei Regina Maria. În acest caz Call Center-ul Asigurătorului va furniza Asiguratului/ Dependentului următoarele:

- asistența privind acoperirile incluse în Contractul de asigurare;
- nivelul sumei ce va fi rambursată de către Asigurător pentru serviciul medical ce urmează a fi accesat în afara Rețelei private de sănătate Regina Maria va reprezenta 85% din valoarea achitată pentru serviciul medical acoperit după diminuarea valorii de coplată și nu mai mult decât 1.000 lei/ serviciu;
- lista documentelor necesare în vederea constituirii dosarului de daună și decontării contravalorii serviciilor medicale de către Asigurător.

4. Excluderi

Pentru prezentul risc asigurat se aplică excluderile specificate în Condițiile Generale de asigurare.

5. Teritorialitate

Asigurătorul acoperă serviciile medicale ambulatorii efectuate numai în România, conform prevederilor Condițiilor Comune.

6. Prevederi finale

Prevederile aferente articolelor 2.4 - 2.6; 2.11 - 2.13; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.8 - 3.10; 3.12; 4 integral și 5 din prezentele Condiții de asigurare constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Contractant/ Asigurat/ Dependent prin semnarea Poliței de asigurare și/sau prin exprimarea acordului Asiguratului privind intrarea în Asigurarea medicală colectivă contractată în beneficiul său de către Contractantul persoană juridică.

7. Definirea termenilor

Servicii medicale ambulatorii	Servicii medicale care se efectuează în cabinete medicale/clinici, fără internare în spital, fără spitalizare continuă sau fără spitalizare de zi.
Call Center	Structură organizatorică disponibilă de luni până vineri, între orele 8:00 - 20:00, la numărul de telefon 021.9767, prin care Asiguratul/ Dependentul beneficiază de suport al personalului specializat, care îndeplinește următoarele atribuții: <ul style="list-style-type: none"> • programarea serviciilor medicale în cadrul Rețelei private de sănătate; • autorizarea serviciilor medicale de spitalizare, intervenții chirurgicale și naștere; • furnizarea de informații telefonice în legătură cu funcționarea și structura Rețelei private de sănătate; • oferă informații despre serviciile acoperite prin Pachetul de asigurare.
Servicii de urgență medicală	Serviciul telefonic medical de urgență Hotline Medical al Asigurătorului. Consultație medicală la medicul de serviciu din camera de gardă, ori de câte ori este nevoie, fără programare prealabilă, în camerele de gardă ale Spitalelor Regina Maria indicate în „Lista de servicii medicale ambulatorii”, în intervalul orar indicat în „Lista de servicii medicale ambulatorii”.
Hotline Medical	Serviciul telefonic medical de urgență, disponibil 24/7 și asigurat de un medic, care poate fi accesat prin apelarea numărului de telefon 021 9942 prin care se poate obține îndrumare și sfatul medicului pentru orice urgență medicală. Medicul poate identifica urgența medicală, oferă indicații de programare la un consult medical, decide necesitatea de deplasare a ambulanței către asigurat.
Consultație	Examinarea de către medic pentru stabilirea diagnosticului și indicarea tratamentului. Include anamneză (discuția cu medicul), examen clinic,

	stabilirea unui diagnostic (prezumptiv sau definitiv), formularea de recomandări (servicii medicale, tratament medicamentos și/sau igienico-dietetic) și eliberarea de documente: raport medical/scrisoare medicală +/- bilete de trimitere (recomandări) +/- eliberare rețetă. Serviciile de psihologie/psihoterapie nu intră în categoria consultațiilor.
Analiză de laborator	Serviciu medical ce constă în analiza în laborator a parametrilor eșantioanelor produselor biologice recoltate de la pacienți.
Investigații medicale paraclinice	Servicii medicale care testează funcția sau anatomia organismului și care se efectuează în prezența pacientului și care sunt destinate precizării unui diagnostic (prezumptiv sau definitiv).
Procedură medicală	Orice serviciu medical efectuat în scopul tratării unei afecțiuni (boli), realizat în concordanță cu standardele și normele medicale recunoscute de către autoritățile competente. Pentru claritate: din această categorie sunt excluse în mod explicit consultațiile, investigații paraclinice și de laborator (definite separat). În această categorie nu sunt incluse medicamente, consumabile, dispozitive medicale sau orice alte produse asimilabile acestora.
Setul anual preventiv (screening)	Un control preventiv al stării de sănătate a Asiguratului, efectuat o dată pe an de asigurare (începând cu a doua lună de asigurare), ce constă din: set predefinit de analize de laborator; anamneză (discuția cu medicul) și istoricul medical al Asiguratului; recomandări medicale în funcție de rezultatele obținute.
Protocol de sarcină	Set predefinit de servicii pentru/ în legatura cu sarcina, respectiv consultații, teste de laborator, investigații de imagistică, efectuat pentru monitorizarea sarcinii, la recomandarea medicului de specialitate.
Recuperare medicală	Ansamblu de proceduri medicale terapeutice efectuate de personal medical de specialitate, conform recomandării obținute în urma unui consult de specialitate, realizate în conformitate cu protocoale medicale recunoscute, cu sau fără aparatură medicală de specialitate, cu scopul de ameliorare sau redobândire a funcționalității unui segment/ sistem.
One Day Check-up:	Vizită completă ce constă într-un Pachet predefinit de consultații, investigații și analize de laborator, efectuate într-o singură zi, în scop de evaluare generală a stării de sănătate.

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE ASIGURAREA MEDICALĂ INTEGRALĂ COLECTIVĂ - NAȘTERE

1. Informații introductive

- 1.1. Prezentele Condiții de asigurare fac parte și completează Condițiile generale ale Asigurării Medicale Integrale și se aplică Pachetelor de asigurare care includ riscul de naștere.
- 1.2. Condițiile generale de asigurare sunt valabile și se aplică în mod corespunzător, în afara cazului în care se precizează altfel în prezentele Condiții de asigurare.
- 1.3. Părțile convin că Asigurătorul va acoperi, iar Asiguratul/ Dependentul va beneficia numai de serviciile medicale incluse în Pachetul de asigurare contractat, specificat în Polița de asigurare, conform Condițiilor de asigurare și anexelor la Poliță.
- 1.4. Pentru orice alte servicii medicale, care nu sunt specificate în mod clar ca fiind acoperite prin Pachetul de asigurare, Asiguratul/ Dependentul va acoperi costul acestora pe propria cheltuială.

2. Riscuri asigurate

- 2.1. În cazul în care **Asiguratul va naște** pe durata asigurării, **în urma obținerii autorizării**, într-un spital al Rețelei private de sănătate sau în alt spital privat sau de stat, **Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită**, în limitele Pachetului de asigurare contractat și conform Condițiilor stabilite, dacă a fost plătită prima de asigurare.
- 2.2. **În cazul nașterii** în Rețeaua privată de sănătate sau în afara Rețelei la un spital privat, **Asigurătorul va acoperi costurile nașterii**, în limita maximă a sumei asigurate pentru naștere în rețea, respectiv în limita maximă a sumei asigurate pentru naștere în afara rețelei, a Pachetului contractat, **exceptând**:
 - a. onorariile suplimentare ale medicilor;
 - b. taxe naștere gemelară/multiplă, taxe de urgență;
 - c. doar pentru pachetul Medium, costurile suplimentare pentru: cazare în alt tip de rezervă față de rezerva dublă (se va scădea diferența față de costul în rezerva dublă, conform prețului instituției medicale alese la data efectuării serviciului) și pentru acomodare însoțitor;
 - d. serviciile care decurg din probleme medicale ale mamei și/ sau ale copilului, inclusiv serviciile necesare în cazul unei urgențe (incubator, A.T.I. etc.) și/ sau diverse opțiuni suplimentare (medicale sau nemedicale) pentru mama și/ sau copil;
- 2.3. **Pentru nașterea în Rețea, Persoana Asigurată este obligată să se prezinte în primele 24 de săptămâni de sarcină la unul dintre medicii din cadrul Rețelei private de sănătate pentru a fi luată în evidență și pentru semnarea Contractului pentru naștere.** În caz contrar, diferențele de plată suplimentare care decurg din încheierea după 24 săptămâni de sarcină sunt suportate de Asigurat.
- 2.4. **În cazul nașterii într-un spital de stat, Asigurătorul datorează Asiguratului/ Dependentului, suma asigurată fixă pentru naștere în spital de stat** a Pachetului contractat, menționată în "Lista de acoperiri".
- 2.5. Prin prezenta asigurare, **suma asigurată pentru naștere se acordă o singură dată pe durata anului de asigurare.**
- 2.6. Nașterea a doi sau mai mulți copii (gemeni, tripleți etc.) este considerată un singur eveniment asigurat, pentru care se acordă o singură indemnizație de asigurare.
- 2.7. Pentru cazurile în care **costurile nașterii depășesc sumele asigurate/ indemnizațiile** acoperite prin prezenta asigurare, **costurile suplimentare vor fi suportate de Asigurat/ Dependent.**

3. Indemnizația de asigurare

Raport medical valid

- 3.1. **Pentru naștere este necesar un raport medical valid, care trebuie să conțină următoarele informații:** unitatea medicală care a eliberat raportul medical; numele și prenumele Asiguratului/ Dependentului; elementele consultului: motivele prezentării/ simptomatologie, antecedente personale patologice, vârsta sarcinii și data probabilă a nașterii, examen clinic obiectiv, recomandările medicului examinator; parafa și semnătura medicului care eliberează raportul medical; data eliberării.

Autorizarea

- 3.2. **Asiguratul/ Dependentul trebuie să obțină autorizarea nașterii din partea Asigurătorului înainte de data estimată/ programată a nașterii** și în acest scop trebuie să furnizeze documentele solicitate de Asigurător și informațiile exacte și complete legate de starea sa de sănătate, după săptămâna 36 de sarcină.
- 3.3. **Solicitarea autorizării se face prin apel în Call Center-ul Asigurătorului.**
- 3.4. **Asigurătorul se obligă să transmită acceptul/ refuzul său în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data obținerii raportului medical valid**, necesar luării unei decizii în acest sens, în acord cu prevederile contractului în vigoare.
- 3.5. **Autorizarea este obligatorie pentru nașterea în Rețeaua privată de sănătate** (pentru realizarea decontării directe Asigurător – Furnizor din Rețea) **și este opțională în cazul nașterii în afara Rețelei** private de sănătate. Asigurătorul transmite răspunsul său privind acceptul sau refuzul autorizării, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, în baza informațiilor disponibile la momentul formulării răspunsului.
- 3.6. **Obținerea autorizării nu garantează plata indemnizației de asigurare. Decizia de plată a indemnizației se poate face numai după analiza și finalizarea dosarului de despăgubire**, pentru care se vor pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele/informațiile disponibile după externarea Asiguratului.
- 3.7. **Autorizarea are efect strict în perioada de valabilitate a Asigurării/ Certificatului de asigurare** al Asiguratului/ Dependentului, valabil la data formulării deciziei. În cazul în care asigurarea respectivei persoane este reziliată/ denunțată/ expirată/ reînnoită înaintea evenimentului asigurat, Asiguratul/ Dependentul trebuie să revină pentru obținerea autorizării. Asigurătorul va verifica dacă persoana respectivă are asigurarea activă, dacă noul Pachet contractat include acoperire pentru naștere și va comunica noua decizie privind autorizarea sau refuzul autorizării.
- 3.8. **Dacă nașterea nu a fost autorizată de Asigurător, acesta nu are obligația de plată**, dacă din acest motiv nu a putut stabili cu certitudine responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

Perioada de așteptare

- 3.9. **Pentru primele 10 luni ale asigurării**, începând cu data intrării în valabilitate a prezentei asigurări sau intrarea în asigurare a unei noi persoane asigurate, **Asigurătorul nu acordă indemnizația de naștere**, dacă nașterea a avut loc în această perioadă.
- 3.10. **În cazul reînnoirii Poliței de asigurare sau la începerea unui nou an de asigurare la Polițele cu durată multianuală, regulile de aplicare a perioadei de așteptare sunt următoarele:**
- dacă Asiguratul/ Dependentul păstrează același Pachet de asigurare, cu aceeași acoperire pentru naștere (aceeași sumă asigurată pentru naștere), această perioadă de așteptare de 10 luni pentru naștere se aplică numai o singură dată, calculată de la începerea primei perioade de asigurare;
 - dacă Asiguratul/ Dependentul trece de la un Pachet de asigurare care nu are acoperirea pentru naștere la un Pachet de asigurare care acoperă nașterea, se aplică perioada de așteptare de 10 luni de la data de început a valabilității noului Pachet de asigurare.
 - dacă Asiguratul/ Dependentul trece de la un Pachet de asigurare cu o sumă asigurată pentru naștere mai mică la un Pachet de asigurare cu o sumă asigurată pentru naștere mai mare, pentru diferența de sumă asigurată se aplică perioada de așteptare de 10 luni calculate de la data de început a valabilității noului Pachet de asigurare; dacă nașterea se produce pe perioada asigurată, în cadrul respectivei perioade de așteptare, acoperirea evenimentului va fi corespunzătoare Pachetului cu suma asigurată pentru naștere mai mică, anterior modificării;
 - dacă Asiguratul/ Dependentul trece de la un Pachet de asigurare cu o sumă asigurată pentru naștere mai mare la un Pachet de asigurare cu o sumă asigurată pentru naștere mai mică, nu se aplică perioadă de așteptare pentru naștere la noul Pachet de asigurare, iar suma asigurată acoperită este cea mică;
 - orice discontinuitate între perioadele de asigurare reaplică perioade de așteptare pe noul Certificat de asigurare, începând cu data intrării în vigoare a noii perioade de asigurare.
- 3.11. Acoperirea prin asigurare pentru naștere încetează la epuizarea sumei asigurate pentru acest risc, aferente Pachetului de asigurare contractat, respectiv după producerea primului risc asigurat.

4. Excluderi

Pentru prezentul risc asigurat se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice:

- Înteruperea de sarcină indiferent de vârsta sarcinii sau de motiv, avortul indus sau spontan;
- nașterea care nu a avut loc în spital, cu excepția situațiilor neimputabile Asiguratului, în care a beneficiat de asistența cadrelor medicale autorizate (dispensare, unități ambulatoriu, ambulanță).

5. Teritorialitate

- 5.1. Prezența asigurare acoperă nașterea pe Pachetele Medium și Premium în România, în Rețea și/ sau în afara Rețelei, iar pentru Pachetul Premium se acoperă nașterea și în afara României.
- 5.2. Indemnizația de asigurare se plătește numai în România.

6. Prevederi finale

Prevederile aferente articolelor **2.2; 2.7; 3.1 - 3.8; 3.9; 3.10; 4 integral; 5** din prezentele Condiții de asigurare **constituie clauze neuzuale și sunt acceptate în mod expres de către Contractant/ Asigurat/ Dependent prin semnarea Poliței** de asigurare și/sau prin exprimarea acordului Asiguratului privind intrarea în asigurarea medicală colectivă contractată în beneficiul său de către Contractantul persoană juridică.

7. Definirea termenilor

Naștere	Actul fiziologic prin care fătul este expulzat sau extras din cavitatea uterină.
Suma asigurată pentru naștere	Limita maximă a indemnizației de asigurare pe care Asiguratorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat.